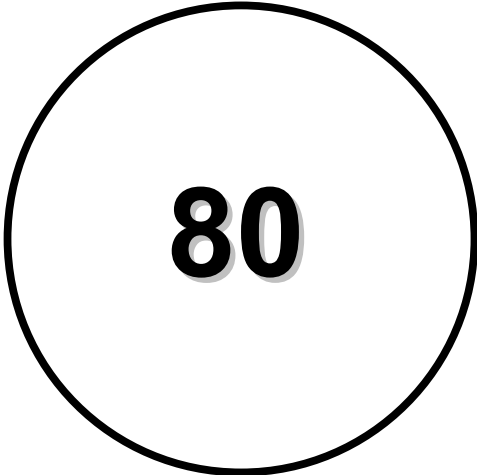


Documento Conpes Social



80

**Consejo Nacional de Política Económica y Social
República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación**

“POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD”

**Ministerio de la Protección Social y entidades adscritas y vinculadas
Ministerio de Comunicaciones-
Ministerio de Transporte
Ministerio del Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
Ministerio de Educación y entidades adscritas y vinculadas
Ministerio de Cultura-Ministerio de Justicia y del Interior
Consejería Presidencial de Programas Especiales
Consejería Presidencial para la Política Social-
Red de Solidaridad Social
DNP-DDS-SS**

Versión Aprobada

Bogotá, D.C., 26 Julio de 2004

INTRODUCCIÓN

Este documento somete a consideración del Conpes Social la política pública de discapacidad y los compromisos para su implementación, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2003 – 2006, “Hacia un Estado Comunitario”, así como las estrategias para su desarrollo con la participación de las instituciones del Estado en las diferentes entidades territoriales, la sociedad civil y la ciudadanía.

La condición de discapacidad, así como el riesgo de padecerla, constituyen situaciones que en alguna medida menoscaban las capacidades y potencialidades de los individuos que las padecen, y de las familias donde alguno de sus miembros sufre discapacidad, siendo mayor su efecto cuanto más vulnerables sean respecto a su capacidad para prevenirlas, mitigarlas o superarlas, lo cual adquiere mayor dimensión si se enfrentan con barreras sociales y culturales que impiden su adecuada integración y funcionalidad en la sociedad.

II. MARCO CONCEPTUAL DE LA POLÍTICA DE DISCAPACIDAD

El concepto de discapacidad ha evolucionado desde una perspectiva biomédica¹ hacia una visión más amplia y de carácter social (integración social) que involucra el entorno, la sociedad y la cultura². El problema de discapacidad no es una enfermedad o atributo de la persona, esta condición incluye elementos que se relacionan con la presencia de prácticas, factores sociales y culturales negativos que limitan la integración social de las personas, que afectan el reconocimiento, el desarrollo de las capacidades y funcionalidades como individuos pertenecientes a la sociedad. Esta situación menoscaba la capacidad económica de la familia (aumentando la vulnerabilidad de la misma) al tener ésta que disponer de mayores recursos en la manutención y cuidados de una persona potencialmente productiva, que no lo es debido a factores sociales y culturales.

Lo anterior amplía el espectro de la solución de la problemática; por tanto, se requiere un enfoque que permita integrar el ambiente social, cultural y familiar a la reducción y superación de la problemática, exigiendo con ello acciones colectivas y cambios sociales.

¹ Este modelo biomédico considera la discapacidad como un problema del individuo afectado causado principalmente por un problema de salud o enfermedad, el cual es superado por medio de la atención y el apoyo de los avances tecnológicos.

² Esta se enfoca en los problemas de integración social de las personas con discapacidad. Así la discapacidad no es sólo un problema del individuo o de la familia, sino que esta definida por un sinnúmero de condiciones ambientales, económicas y culturales.

Los enfoques del Manejo Social del Riesgo³ (MSR), y del Sistema de Protección Social (SPS) permiten replantear las áreas tradicionales sobre las cuales se ha venido desarrollando el tema de la discapacidad. El enfoque del MSR⁴ se basa en la idea que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a diferentes riesgos, centra sus herramientas más allá de los instrumentos que permiten manejar adecuadamente el riesgo, promoviendo la disposición a asumirlos y proporcionar apoyo a quienes son más pobres. Se soporta en tres niveles de manejo del riesgo (informal, mercado y público); tres estrategias para abordar el riesgo: reducción del riesgo (prevenir, promover), mitigación del riesgo (asegurar contra la contingencia), y superación (atender, equiparar oportunidades, habilitar y rehabilitar); y la organización y coordinación de la acción conjunta y articulada de diferentes actores (personas, hogares, comunidades, ONGs, niveles de gobierno y organizaciones internacionales).

En consecuencia, para los fines de la presente política, se considera a la condición de discapacidad y al riesgo de padecerla, como el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales, económicas y sociales, que pueden afectar el desempeño de una actividad individual, familiar o social en algún momento del ciclo vital. Es decir, la discapacidad tiene una dimensión superior a la de un problema de salud individual, y por tanto afecta al individuo en relación con su familia y en su integración social. La discapacidad no necesariamente es una desventaja; es la situación que la rodea y la falta de oportunidades para superar el problema lo que genera tal condición⁵.

La reducción de la condición de discapacidad y del riesgo de padecerla, superan la acción sectorial y territorial, lo que señala la importancia de generar estrategias transversales y coordinadas que involucren a los diferentes ámbitos y sectores en su *prevención, mitigación y superación*.

El anexo 1, esquematiza las características del riesgo asociados a discapacidad: las fuentes, correlación, frecuencia e intensidad.

En cuanto a la *prevención*, se busca impulsar procesos individuales y colectivos con el fin de evitar la aparición de la condición de discapacidad (reducir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos asociados a tal condición). La construcción de entornos protectores exige la transformación de los hábitos, actitudes y comportamientos, personales y colectivos. Por tanto, las políticas, estrategias e intervenciones,

³ Holzmann y Jorgensen. "Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y mas allá". Documento de trabajo N° 0006. Banco Mundial, febrero de 2000.

⁴ El MSR se enfoca en el hogar y las familias, se fundamenta en la participación de la sociedad civil, el sector privado y el Estado.

⁵ RÄDDA BARNEN, Save the Children Swedish. Los derechos de los/as Niños/as con Discapacidades, ¿Cómo se monitorea el progreso?, Art N° 96-1046, Estocolmo, Diciembre de 1996.

de corte transversal, deben apuntar a la reducción de los factores de riesgo, no sólo asociados al estado de salud individual, sino frente a riesgos relacionados con la situación nutricional; el aprendizaje, el desarrollo de capacidades y habilidades laborales; los riesgos ocupacionales; eventos y situaciones sociales, como el embarazo de adolescentes⁶; la violencia⁷; el conflicto armado⁸; la accidentalidad⁹ y las barreras para la integración social y productiva en el entorno social y cultural. Desde esta perspectiva, la discapacidad se constituye en un riesgo social.

De otra parte, la *mitigación* hace referencia a las estrategias utilizadas para reducir el impacto o repercusión del evento, en el individuo y la familia, en caso de que el riesgo se materialice entre aquellos individuos y grupos sociales especialmente vulnerables. Los sistemas de pensiones, de riesgos profesionales, y de salud a través del aseguramiento son las principales estrategias y acciones en este sentido. Las estrategias y acciones de mitigación se establecen antes de que el evento ocurra.

Las estrategias de *superación* son las dirigidas a disminuir o superar el impacto generado por la materialización del riesgo sobre la persona, la familia o la comunidad. Ante los eventos negativos, éstos y el Estado actúan de diferente forma con el fin de otorgar instrumentos que les permitan recuperar su condición inicial o aliviarla ante los hechos irreparables. Esto incluye, entre otros, mecanismos que procuran la igualdad de condiciones en términos de lograr la mayor autonomía posible en las actividades que conforman el quehacer cotidiano de las personas, integración social; lo cual tendrá a su vez un efecto positivo y protector en las familias con personas con discapacidad. Estas estrategias funcionan una vez se produce el evento.

Con relación a la integración social y exclusión, las personas con discapacidad y sus familias tienen el derecho a que se remuevan las cargas desproporcionadas que les impiden integrarse cabalmente a la sociedad, pero también tienen el deber de participar, de no autoexcluirse, de considerar que son parte activa de la sociedad y de superar el imaginario de que la discapacidad es un fuero con el que sólo se exigen beneficios y asistencia del Estado, haciendo prevalecer supuestos "derechos adquiridos" sin ejercer

⁶ La fecundidad en adolescentes se ha incrementado al pasar de tasas de 80 por mil mujeres (10-14 años antes de la encuesta ENDS-2000) a 85 por mil mujeres (0-4 años antes de la encuesta ENDS-2000). Cabe señalar que al comparar el periodo 5-9 años antes de la ENDS de 2000 (97 por mil mujeres), la tasa disminuyó. Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C., 2000.

⁷ El 47% de los dictámenes por lesiones personales son por violencia común y el 30% por violencia intrafamiliar. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Diciembre de 2002 .

⁸ La mayoría de personas con discapacidad derivada del conflicto armado son de escasos recursos económicos. El conflicto causa discapacidad física, psicológica y laboral, que afecta a los excombatientes y a sus familias. Estas personas y familias son segregadas y excluidas. Discapacidad por guerra en Antioquia, Estudio descriptivo. IOM-ConfePaz-USAID. Agosto 2002.

⁹ En Colombia hay un muerto cada 83 minutos, un herido cada 11 minutos. Las muertes disminuyeron el 3.1% y los heridos en un 8.1% en 2001. El índice de accidentalidad para 2001 fue del 5.57 por mil habitantes y el de mortalidad fue de 14.7 por 100 mil habitantes. Fondo de Prevención Vial: [www.fonprevial.org.co.PDF/Est2001Resu/AccCol2001Res.pdf](http://www.fonprevial.org.co/PDF/Est2001Resu/AccCol2001Res.pdf)

deberes¹⁰. En este orden de ideas, la estigmatización negativa, la imputación de inferioridad, el imaginario de la sociedad y de la persona con discapacidad, deben ser superadas por la persona, la familia, la comunidad, la sociedad y el Estado.

En conclusión, el enfoque sobre discapacidad ha evolucionando hacia la integración social de quienes la padecen, en el marco de una protección social que garantice a toda la población (no sólo a grupos poblacionales específicos) la igualdad de oportunidades, las herramientas para el manejo del riesgo y las intervenciones para superar situaciones de crisis.

Es evidente que las estrategias expuestas no son excluyentes entre si. Es decir, existen superposiciones y fronteras entre ellas, por lo cual habrá acciones que a la vez previenen y mitigan, mitigan y superan, o reducen y superan.

II. ANTECEDENTES

La Constitución Política de 1991, consagró el papel del Estado en la protección especial para los “grupos marginados o desaventajados de la sociedad que, en razón a su situación suelen ver limitado el ejercicio y el goce efectivo de sus derechos fundamentales”¹¹. Particularmente, en su artículo 47, define que el Estado debe adelantar una política de integración social para los discapacitados. De esta manera la acción del Estado colombiano se ha desarrollado bajo los preceptos y principios constitucionales y en respuesta a la preocupación internacional y regional sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad¹².

Hasta 1994, existieron en el país una multiplicidad de programas que buscaban abordar la situación de discapacidad con énfasis en atención a la población con discapacidad. No obstante, la articulación de estos programas fue bastante limitada, entre otras razones, por la carencia de una política explícita del Estado. A partir de 1995, se han impulsado políticas y programas con el fin de reducir el riesgo de la población a la discapacidad e intervenir en aquellas que la presentan. Adicionalmente, se han

¹⁰ Corte Constitucional. Sentencia T-595-02.

¹¹ Constitución Política de 1991, artículos 13, 24, 47, 54 y 68. Corte Constitucional, Sentencia T-595-02.

¹² “*Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*” –85ª sesión plenaria, de la Asamblea de las Naciones Unidas reunida el 20 de diciembre de 1993-, cuyo componente fue tomado de las experiencias que dejó el “*Decenio de la Naciones Unidas para los Impedidos*” –1983-1992. También cabe citar, entre otras, las declaraciones sobre el Progreso y Desarrollo en lo social, sobre los Derechos del Retrasado Mental y de los Impedidos, al igual que la que adopta el *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*, así como la resolución sobre los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*.

diseñado instrumentos en procura de garantizar de mejor forma la promoción, prevención, habilitación, rehabilitación y equiparación de oportunidades, frente al riesgo o condición de discapacidad¹³.

Los avances del Estado y la sociedad se han expresado en: (1) el desarrollo de un marco normativo amplio, que reconoce los derechos y determina deberes de los diferentes actores, junto con la ratificación de convenios internacionales (anexo 2); (2) la construcción de una política pública con participación de la sociedad civil, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales¹⁴; y (3) la creación de redes institucionales gubernamentales y no gubernamentales. Todo lo anterior mediante un diseño institucional que busca prevenir, brindar atención e incrementar la cobertura en los sistemas de seguridad social (en particular en salud y pensiones), además de promover la equiparación de oportunidades para las personas en condición de discapacidad. Estos elementos se hacen presentes en la formulación y ejecución de programas nacionales y locales, por parte de las entidades del Estado y de la sociedad civil.

III. SITUACIÓN ACTUAL

Esta sección comienza presentando la síntesis de la situación actual, posteriormente se caracteriza la situación de la discapacidad en Colombia. Subsiguientemente, presenta las acciones que se han venido adelantando de acuerdo con las estrategias del Manejo Social del Riesgo, para finalizar con la descripción de la institucionalidad actual.

1. Síntesis

El diagnóstico de la situación actual permite apreciar, cinco tipos de dificultades: (i) limitaciones en los sistemas de información, registro, vigilancia, evaluación y seguimiento de los riesgos y de la condición de discapacidad, (ii) desconocimiento de las características, suficiencia y eficacia de los mecanismos existentes para la prevención, mitigación y superación de la materialización del riesgo, a nivel individual y familiar, (iii) falta de articulación de competencias, estrategias y programas entre los diferentes sectores y niveles territoriales del Estado, y de éstos con las organizaciones de la sociedad civil, (iv) limitada capacidad de la comunidad y de la sociedad para hacer objetiva la percepción de que los riesgos no sólo afectan a los individuos en particular, sino que además tienen implicaciones económicas y

¹³ Conpes 2761 de 1995 y Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999-2002.

¹⁴ Consejería Presidencial para la Política social, Corporación Andina de Fomento. “Política Pública en Discapacidad, metodología para la formación”, Bogotá D.C. Septiembre de 2002 y Presidencia de la República, Consejería Presidencial de Programas Especiales, Red de Solidaridad Social. Bogotá D.C. “Bases para la formación de política pública en discapacidad”, Bogotá D.C., 2003.

sociales como colectivo, lo cual exige corresponsabilidad en el manejo de los problemas, y (v) en materia de empleo, más que el diseño de una política para la integración laboral de las personas con discapacidad, se trata de conjugar los elementos que permitan armonizar la política de empleo del país con el fin de garantizar el acceso a las oportunidades laborales en igualdad de condiciones para esta población.

2. Caracterización de la situación de discapacidad en Colombia

Esta sección toma como referencia la información disponible proveniente de diversos estudios y fuentes. En los anexos 3 y 4 se presenta un resumen de diferentes estudios con sus principales hallazgos.

Cuantificación de la prevalencia de la condición de discapacidad.

En la medida en que la condición de discapacidad se define y cuantifica metodológicamente en forma diferente en cada uno de los estudios analizados, los porcentajes de personas con discapacidad en el país varían de acuerdo al estudio. El Censo de 1993, considera la discapacidad desde el punto de vista de la condiciones de salud y biológica del individuo. Con base en este, la discapacidad afecta al 1.8% de la población. Los demás estudios, incorporan conceptos complementarios. El realizado por el Ministerio de Educación en convenio con el DANE, incorpora los conceptos de equiparación de oportunidades y de participación social, y como el Censo, cuantifica a las personas en esta condición en 1.8%. Los conceptos de discapacidad incorporados en estos dos estudios, y otros más generales, son considerados por el de la Gobernación y la Universidad del Valle. Su estimación de prevalencia es de 4%. Finalmente, el de la Universidad Javeriana y la Vicepresidencia de la República, encuentra una prevalencia de 23.6%. Es claro que las diferencias en cobertura de estos estudios hacen no comparables sus estimaciones de prevalencia de la condición de discapacidad¹⁵.

Se observa, que el país no cuenta con un registro sistemático que permita precisar tanto la incidencia como la prevalencia de la condición de discapacidad en el nivel nacional. Se han dado avances en algunos municipios y departamentos. La debilidad en los sistemas de información dificulta la formulación correcta de políticas encaminadas a modificar el riesgo y la condición de discapacidad. Las fuentes de información adolecen de problemas de comparación entre sí y presentan limitaciones y diferencias de definición de la situación de discapacidad, de cobertura y metodología. Los estudios no

¹⁵ Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estima en el 12% (OPS/OMS. “Resumen de discapacidad en las América”. www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/rehabilita/resumen_americas.htm#cifras_discapacidad, Oct. 27 de 2003)

permiten precisar la magnitud actual de la condición de discapacidad tal y como este documento la define, sus consecuencias y causas, como tampoco su caracterización, o sus factores de riesgo.

No obstante las restricciones, los diferentes estudios coinciden en que en Colombia: (i) la discapacidad aumenta con la edad, siendo mayor su incidencia a partir de los 45 años; (ii) la diferencia entre géneros no es significativa; (iii) las principales causas se asocian a enfermedad general (43% - 46%) y violencia¹⁶ (11-15%); (iv) el nivel educativo exhibido entre las personas y hogares con discapacidad en promedio es mucho menor frente a la población sin discapacidad; (v) la participación social de la personas con discapacidad es baja¹⁷; (vi) las familias con personas con discapacidad en su seno son más vulnerables económicamente; y (vii) las restricciones para el desarrollo de actividades y el acceso a salud, educación y trabajo entre otros, se deben en parte a las actitudes de la comunidad, lo cual genera barreras de acceso en las instituciones.

3. Acciones que se han venido adelantando de acuerdo a las estrategias del MSR

3.1 Prevención

La respuesta del Estado y de la sociedad colombiana para la prevención de la discapacidad, ha ido más allá de la regulación¹⁸. Se expresa también en las ejecutorias de la Nación y de entidades territoriales para la puesta en marcha de sistemas que permitan monitorear y vigilar las causas de enfermedad asociadas a discapacidad¹⁹, así como en el desarrollo e implementación de estrategias preventivas en torno al ciclo vital de la personas y las familias, expresadas en la promoción de estilos de vida, actitudes y comportamientos saludables, estrategias de promoción como las escuelas saludables, la determinación de las principales causas de discapacidad, y la inversión en diferentes programas de prevención.

¹⁶ Los hombres aportan casi un millón de años perdidos más que las mujeres a expensas del grupo de lesiones, intencionales principalmente. Ministerio de Salud, Mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad como medidas de carga de la enfermedad Colombia 1985-1995.

¹⁷ Entendida como participación en actividades con la familia, comunitarias, religiosas, económicas, deportivas, académicas, gremiales, cívicas, entre otras.

¹⁸ Se pueden mencionar, entre otras: la creación del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres; la formulación de políticas contra las diferentes formas de violencia y exclusión; el establecimiento de políticas sobre salud ocupacional; la Ley 100 de 1993 que establece el sistema de seguridad social integral (pensiones, salud, riesgos profesionales); la Resolución 412 de 2000 y normas complementarias, donde se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

¹⁹ Pueden mencionarse sistemas de vigilancia en salud pública como el SIVIGILA, y el SISVAN.

Como se observa, existen acciones encaminadas a reducir el riesgo y la morbilidad, y en consecuencia, a reducir el riesgo de discapacidad. Sin embargo, hacen falta acciones de prevención con evidencia de ser costo-efectivas y eficaces, que además se enfoquen en los determinantes económicos, culturales y sociales. Las debilidades de los sistemas de vigilancia epidemiológica y la carencia de una gestión orientada a la administración y reducción de riesgos de acuerdo a su potencial para inducir daño y a la vulnerabilidad de la población, limitan el mejor conocimiento de la problemática, la eficiencia y eficacia de la inversión y los logros alcanzados.

Por ejemplo, la escuela tiene una baja participación en la detección de las deficiencias²⁰, y por ende en prevención de la situación de discapacidad. Este resultado parece ser contradictorio con el hecho de que el 36.4% de las entidades territoriales que han desarrollado “escuelas saludables” realizan filtros de salud oral, auditiva y visual y sólo en el 6% controles de crecimiento y desarrollo²¹. Es evidente, la importancia de realizar acciones de detección temprana y de homogenizar el tipo de acciones que deben realizar las instituciones educativas sobre este tema, dado que los niños y jóvenes pasan gran parte del día en las aulas de clase²².

3.2 Mitigación

Aseguramiento en salud. El anexo 5 presenta la cobertura indicativa del régimen subsidiado, RS, para el año 2000 por edad y sexo. La afiliación al régimen subsidiado de la población pobre muestra bajas coberturas para los menores de 5 y de 20-54 años con relación a los demás grupos de edad. Las mayores coberturas se concentran en la población mayor de 45 años, lo que indica una preocupación por parte de los municipios por proteger de las contingencias en salud a los grupos de mayor edad. De otra parte, las personas con limitación sensorial y motora son las de menor afiliación al RS.

La baja cobertura en la afiliación al RS de la población infantil, unido al índice de población infantil afiliada con limitaciones, puede constituirse en un elemento que incrementa la vulnerabilidad de las familias en el futuro, así como tener un impacto desfavorable en los costos de atención para la familia y la sociedad. Lo anterior indica que la focalización, dado el actual marco legal, puede ser mejorada, pues la norma señala como prioridad de afiliación a los niños recién nacidos. De otra parte, en los anexos 6 y 7

²⁰ Gobernación del Valle, Universidad del Valle. “Prevalencia de Discapacidad en el Departamento del Valle del Cauca”, agosto de 2001.

²¹ Boletín de la Red Colombiana de Escuelas Saludables, 6 de marzo de 2003. Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación, ICBF, OPS y Secretaría de Salud de Cundinamarca.

²² La jornada en primaria es de 25 horas semanales y en básica secundaria de 30 (alrededor de 8 horas diarias).

se observa que entre quienes sufren algún tipo de limitación, los que padecen limitación física representan más del 70% de la afiliación al RS en este grupo.

En términos generales para 2003, la población asegurada, a los regímenes contributivo²³ (12,3 Mll. afiliados) y subsidiado (11,7 Mll. afiliados), representa el 54% del total de la población²⁴; implica esto que cerca del 46% de la población del país no tiene garantizado el financiamiento de acciones individuales de promoción y prevención ni la protección financiera para atender las contingencias en salud.

Aseguramiento frente a riesgos profesionales. Para el año 2003 se ha logrado afiliar a 4,86 millones trabajadores. Sin embargo, aún se presentan grandes niveles de evasión que implican mayor riesgo social en torno a discapacidad²⁵. El riesgo social por discapacidad se visualiza si se tiene en cuenta que la población trabajadora asciende a 16.5 Mll. de ocupados, la mayoría de los cuales son trabajadores independientes e informales.

Las tasas de morbilidad profesional disminuyeron desde 1996 (2.3 por mil) a 1999 (1.4 por mil) en el caso de los trabajadores afiliados a la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) del ISS, que cuenta con el mayor número de afiliados en el país. Para las ARP privadas la tasa de morbilidad ha aumentado 0.4 por mil a 1.5 por mil, en el mismo período, pudiendo relacionarse con el incremento de la afiliación y mejor registro de información²⁶. La tasa de accidentalidad, de 1996 a 1999 se mantuvo constante para las ARP privadas (4,45–4,5 por cada mil). La siniestralidad mantiene tasas de crecimiento del 60% en promedio y tiende al alza, así como también aumenta la tasa de siniestralidad bruta²⁷. Estos hallazgos son interesantes si se tiene en cuenta que las ARP deben invertir recursos para promoción y prevención.

Por otra parte, la tasa de trabajadores declarados con invalidez se incrementó de 1996 a 1999 (0.08 a 0.3 por cada mil) para las mismas entidades. Las juntas de calificación de invalidez, presentan dificultades en su operación, procedimientos administrativos y en la aplicación de los criterios de calificación en todo el territorio Nacional.

²³ Según oficio de mayo 8 de 2003, del Viceministerio Técnico de la Protección Social, a marzo del mismo año aproximadamente 8,300 personas con “discapacidad” estaban afiliadas como beneficiarias y adicionales al régimen contributivo. (Base de datos implementada en marzo de 2003)

²⁴ No incluye afiliados a regímenes especiales de policía, militares, universidades, docentes, ECOPETROL. Conpes 77 de 2004.

²⁵ El número estimado de trabajadores formales es de 7.5 millones.

²⁶ Informe estadístico ISS 1996-1999. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Encuesta de siniestralidad bruta, abril de 2000.

²⁷ Dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. 34° Congreso de Seguridad, Salud y Ambiente. Consejo Colombiano de Seguridad, 2001. Año 28, N° 321, marzo - abril de 2003.

Sistema General de Pensiones. El número de pensionados por los fondos de pensiones a causa de discapacidad (invalidez), ha aumentado entre 1997 (199 personas) y 2002 (2.043 personas)²⁸. Adicionalmente, el Fondo de Solidaridad Pensional entregó subsidios a 5.070 personas con discapacidad²⁹.

3.3 Superación

En cuanto a estrategias de superación, los resultados más significativos se enmarcan en la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y acciones que buscan equiparar oportunidades y mejorar la accesibilidad a espacios físicos, medios e integración social y la rehabilitación en salud.

Servicios de rehabilitación. La evidencia existente muestra que en la prestación de estos servicios, del total de personas con discapacidad que declaró haberlos recibido (11%), el 50% lo hizo en un establecimiento público y el 37% en instituciones privadas. A su vez, la Red de Solidaridad Social a través de sus programas de suministros de sillas de ruedas, audífonos y los dirigidos a Adulto Mayor benefició a 2.037 personas entre 1999 y 2002, con una inversión de \$694.9 millones. Por su parte el ICBF, desarrolla acciones a través de los programas de protección a la niñez y a la familia con derechos vulnerados (hogares sustitutos, seminternado, externado, psiquiátricos, atención institucional y a niños y niñas sordas)³⁰.

De otra parte, no se tiene información adecuada para valorar las necesidades en cuanto a oferta de servicios de habilitación y rehabilitación ni sobre sus características y ubicación, en relación con la demanda potencial y atención oportuna. Ante la falta de dimensionamiento de la oferta pública y privada, la experiencia, aunque aislada, sugiere que estrategias de rehabilitación con base comunitaria (RBC), podrían tener resultados exitosos en la medida en que pueden contribuir a visualizar el problema en el colectivo, estimulando la solidaridad, introduciendo cambios en su imaginario y en sus actitudes frente a la discapacidad, creando condiciones sociales y económicas para que las familias en situación de discapacidad puedan tomar mayores riesgos y así poder tener mayores oportunidades, y posiblemente, a menores costos³¹.

²⁸ Superintendencia Bancaria. Estadísticas de pensiones y cesantías. Agosto 1 de 2003.

²⁹ DNP-DDS-SE, enero 2003

³⁰ En 2000 el ICBF atendió 7.093 personas; en 2001, 6619; y 2002, 9015.

³¹ Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia. Informe Social 2002. El Ministerio de Salud promovía procesos de RBC antes de 1990. El ICBF avanza en formas de rehabilitación en medio social comunitario. El programa de la Secretaría de Salud del Distrito tiene interesantes logros para mostrar en comunidad, especialmente en apoyo a cuidadores.

El Ministerio de Salud y actual Ministerio de la Protección Social, durante las vigencias 1999-2003, ha invertido un total de \$12.454 millones de pesos del Presupuesto General de la Nación, con el fin de apoyar acciones encaminadas al mejoramiento de los servicios de rehabilitación para la población con discapacidad, de los niveles 1 y 2 del SISBEN no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o que estando afiliada al régimen subsidiado de salud tiene exclusiones en el Plan de Beneficios para su rehabilitación funcional.

Dichos recursos han sido asignados a las Secretarías de Salud Departamentales, municipales y distritales (cinco grandes ciudades del país), así como a 14 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Los proyectos ejecutados por las Secretarías de Salud han desarrollado actividades para: i) fortalecer las Redes de Apoyo a la Discapacidad, ii) conformar los Bancos de Ayudas Técnicas, iii) acondicionar y mejorar el acceso físico en instituciones que prestan servicios de rehabilitación, y iv) implementar proyectos de Rehabilitación con Base Comunitaria, RBC. Los recursos asignados a los hospitales tuvieron como finalidad fortalecer las Unidades de rehabilitación, a través de la dotación de equipos y elementos necesarios para una mejor prestación de los servicios.

Barreras y prácticas institucionales. Este es un aspecto que dificulta la superación de la situación de discapacidad. En la sociedad se presenta una percepción negativa de la discapacidad, además de las barreras tradicionales como el acceso a los servicios y la accesibilidad a los espacios. Los programas de la Red de Solidaridad Social en coordinación con la Consejería Presidencial de Programas Especiales de la Presidencia de la República han buscado realizar alianzas estratégicas entre el sector privado y público, con el fin de cambiar el imaginario y modificar los comportamientos actuales. En estos programas, la Red de Solidaridad Social, hizo una inversión de \$350.7 millones en el periodo comprendido entre 1999–2002.

Empleo. Las personas con discapacidad tienen índices más altos de desocupación, evidenciando inequidad y dificultades de acceso al trabajo. Adicionalmente muchas de las personas en tal situación carecen de pensión o algún otro medio de protección financiera³². La Red de Solidaridad Social junto con otras entidades aportantes, entre 1999 y 2002, invirtieron \$1.806 millones en proyectos productivos (públicos y privados) que beneficiaron a 1.062 personas afectadas por alguna forma de discapacidad, en 21 departamentos³³.

³² En los 9 municipios estudiados por el DANE, tan solo el 13% de las personas discapacitadas mayores de 10 años trabajan, el 23.7% están incapacitadas para trabajar y no tienen pensión, tan solo el 2% esta incapacitadas y tienen pensión. DANE. Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad, 2003.

³³ Incluye el valor que las entidades territoriales y ONGs que aportaron. La Red de Solidaridad Social aportó \$993.2 millones.

Acceso a Educación. El comportamiento de la matrícula para personas con discapacidad o capacidades excepcionales en el período 1996–2001, muestra que ésta ha aumentado a más del doble. A su vez, el número de establecimientos educativos que ha acogido a esta población se ha duplicado en el mismo período, incorporando a más docentes y estrategias interdisciplinarias en su atención (Cuadro 1).

Cuadro 1. Matrícula con discapacidad o capacidades excepcionales, por nivel educativo y género, 1996-2001

Año	Preescolar		Primaria		Secundaria		Media		Total	Establecimientos	Docentes
	H	M	H	M	H	M	H	M			
1996	1.1	0.9	5.0	3.8	0.8	0.7	0.1	0.1	12.8	1.6	1.2
1998	1.4	1.0	5.1	4.1	0.5	0.4	0.2	0.1	13.2	1.8	1.4
1999	2.1	1.7	7.3	5.6	1.1	0.9	0.2	0.2	19.3	2.4	1.3
2000	2.1	1.7	8.2	5.8	1.0	0.8	0.2	0.2	20.3	2.9	2.2
2001	3.5	1.7	12.0	8.3	2.0	1.0	1.2	0.1	30.2	3.2	2.4

Fuente: DANE-C600. Cálculos DNP- DDS - SE. Cifras en miles.

El esfuerzo en términos de matrícula se ha concentrado en los niveles de preescolar y primaria. Sin embargo, la no escolarización es mayor en la población con discapacidad (8% frente a 3%), observándose que los niños con discapacidad o capacidades excepcionales no culminan los nueve grados de educación básica, ni alcanzan la educación media, en tanto el resto de la población progresa hasta la educación secundaria³⁴. Tan solo el 0.8% de las personas con discapacidad han recibido educación especial.

Sector Cultura. La inversión en este sector fue de \$144 millones entre 1998 y 2002, y se orientó a las promover la integración de personas con discapacidad. Cerca de 1995 personas (85%, menores de edad) se beneficiaron de programas artísticos como espectadores o creadores, el acceso a bibliotecas, la eliminación de barreras físicas en los centros culturales (32 casas de cultura sin barreras de acceso) y la equiparación de oportunidades en capacitación docente, talleres de teatro y de artes plásticas, entre otros.

Comunicaciones. Los esfuerzos para cambiar el imaginario colectivo sobre discapacidad se han venido construyendo entre la Nación, las entidades territoriales y la sociedad civil, mediante el desarrollo de estrategias masivas de información y comunicación, sensibilización, talleres y divulgación de la

³⁴ Universidad Javeriana, “Sistema Nacional de Información sobre Discapacidad”, 1995. El estudio del DANE-MEN, “Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad”, Bogotá D.C., 2003, presenta el mismo comportamiento.

situación de discapacidad en el país (a través de la radio, la televisión pública, algunos programas vinculados al Red de Organización de la Infancia, informativo virtual, y comunidades educativas a través de los Proyectos Educativos Institucionales). Entre 1999 y 2002, el Ministerio de Comunicaciones invirtió \$953,1 millones.

4. Institucionalidad Actual

Según la ley 361 de 1997, el órgano responsable de la coordinación interinstitucional es el Comité Consultivo Nacional³⁵ (la secretaría técnica estaba en cabeza del Ministerio de Salud), que a su vez está coordinado por una Consejería Presidencial. En el período 2000-2003, por decreto presidencial 206 de 2000, la coordinación del Comité Consultivo Nacional fue asignada a la Consejería Presidencial de Política Social, hoy Consejería de Programas Especiales, CPE. Si bien la coordinación técnica interinstitucional para la formulación de política se realizó, ésta se ejecutó bajo un esquema institucional diferente. Dadas las debilidades institucionales, la responsabilidad fue asumida por la CPE que finalmente coordinó, dinamizó y potenció la formulación de la política pública a través de la conformación de comités técnicos y grupos de enlace sectoriales³⁶.

Igualmente, la Red de Solidaridad Social en alianza estratégica con la CPE como instancias de la Presidencia de la República, por corresponsabilidad planteada en el Plan de Atención en Discapacidad 1999–2002 y el Documento Conpes 3144 de 2001, coordinó y brindó acompañamiento técnico e impulsó la creación y fortalecimiento de instancias territoriales para la Discapacidad (Redes de Apoyo Territorial para la Discapacidad y Comités Técnicas Departamentales) en 25 departamentos.

IV. POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD

La presente política se enmarca en el contexto de la protección y el manejo social del riesgo. Por tanto, contempla estrategias para que las personas, las familias, las organizaciones no gubernamentales, el Estado, la sociedad y sus instituciones, puedan prevenir el riesgo, mitigar y superar la materialización del mismo, como también reducir la vulnerabilidad a la discapacidad, protegiendo el bienestar de la población y su capital humano. Para ello, bajo un marco de corresponsabilidad, es necesario identificar los riesgos, diseñar e implementar intervenciones para evitar la discriminación y exclusión social.

³⁵ De acuerdo con la Ley 361 de 1997, el Comité tiene el carácter de cuerpo asesor institucional para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas.

³⁶ La construcción de los lineamientos de política se concertó con cerca de 2000 personas, los ministerios sectoriales y organizaciones no gubernamentales y representantes de las diferentes asociaciones y federaciones de personas con situación de discapacidad. Se elaboró el manual operativo y la metodología para la formación de política pública en discapacidad.

Se hacen necesarias estrategias que: (i) promuevan comportamientos favorables en la sociedad que generen actitudes positivas respecto a la discapacidad y la igualdad de oportunidades, la inclusión e integración social (acceso a bienes y servicios, al mercado laboral, seguridad social, protejan los derechos humanos, entre otros); y, (ii) fomenten la participación de la comunidad en la prevención, mitigación y superación (habilitación y rehabilitación integral) de la situación de discapacidad.

Con la presente política, además de fortalecer las estrategias de superación que caracterizan los principales avances alcanzados, se enfatiza la necesidad de diseñar y desarrollar otras para prevenir, reducir y mitigar los riesgos durante el ciclo vital. De esta manera será posible disminuir la vulnerabilidad de los individuos y las familias y la probabilidad de que el riesgo se materialice.

1. Principios Orientadores

Los principios que orientan la política frente a la situación de discapacidad se enmarcan en los derechos fundamentales, económicos, culturales, colectivos y del ambiente, que consagra la Constitución Política de 1991 y son consecuentes con los principios del Sistema de Protección Social, los cuales se constituyen en los instrumentos con que el Estado procura garantizarlos³⁷. El propósito es crear condiciones que permitan a las personas, familias y comunidad en riesgo y en condición de discapacidad, un mejor goce o ejercicio de los derechos, deberes y libertades que les asisten. Específicamente, la política se regirá por los siguientes principios:

1.1 Igualdad

La igualdad abarca la *equiparación de oportunidades* para quienes se encuentran en condición de discapacidad, buscando eliminar la discriminación y promover la integración y el acceso a bienes y servicios, al mercado laboral, la formación ocupacional, la educación, el sistema de seguridad social integral, la vivienda, el transporte, las comunicaciones, la información y la justicia, entre otros.

1.2 Solidaridad y Corresponsabilidad

La política requiere de la participación del Estado, los actores sociales y económicos, la comunidad, la familia y las personas. Se hace necesaria la acción conjunta para la construcción de una

³⁷ Conpes 3144 de 2001.

cultura basada en el reconocimiento recíproco que contribuya a la prevención de las formas de discapacidad prevenibles, así como a su detección temprana, intervención, mitigación y superación.

1.3 Descentralización y Participación Social

Es necesario el fortalecimiento de la autonomía local, de acuerdo con las competencias, responsabilidades y recursos disponibles, en el marco de la Ley. En el mismo sentido, es necesario mantener y fortalecer la intervención por parte de la sociedad civil en la organización y gestión, así como en la fiscalización y control social de las ejecutorias públicas y privadas, sobre el riesgo y situación de discapacidad.

1.4 Equidad

Para las personas en condiciones de pobreza, bajo nivel de escolaridad, sin cobertura en el Sistema Integral de Seguridad Social, los habitantes de las zonas rurales, los trabajadores informales, la población adulta mayor y menores de 1 año, y aquella expuesta a situación de violencia y conflicto armado, todos los riesgos asociados con la discapacidad son mucho mayores, así como su vulnerabilidad, respecto al resto de la población. Por lo tanto, mejorar la información sobre su situación y las condiciones de acceso y la calidad de los diferentes servicios sociales contribuirá a superar la inequidad existente y la consecución de un mayor impacto de la política.

Las siguientes estrategias desarrollan y aplican los principios de política señalados. Las estrategias y acciones están orientadas a crear el diseño institucional adecuado, a objetivar, prevenir, reducir, mitigar y superar la situación de discapacidad en el país, mediante una acción concertada entre la sociedad civil, el sector privado y el Estado.

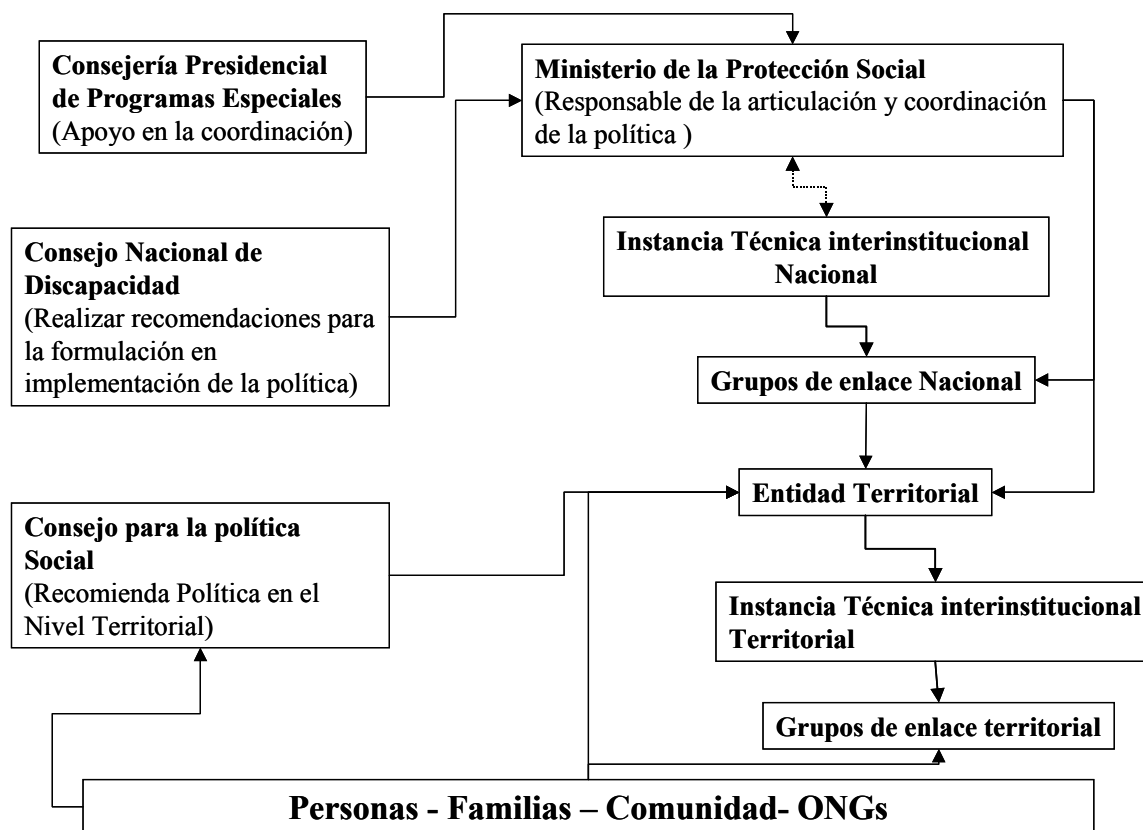
Para el desarrollo de la política se requiere de una organización institucional y de la obtención de información adecuada para la toma de decisiones en los diferentes niveles de gobierno, como elementos claves de soporte a la acción directa para transformar la situación de discapacidad. La implementación de las políticas y estrategias se debe realizar en concordancia con las competencias y responsabilidades establecidas en la ley, para los diferentes actores.

2. Organización Institucional

El marco institucional permite, entre otros aspectos, establecer los mecanismos de articulación y coordinación para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la política. Cobra mayor importancia ante la heterogeneidad, descentralización, diferenciación institucional y la participación ciudadana.

Con el propósito de adecuar los actuales mecanismos de formulación e implementación de la política pública de discapacidad se hace necesaria una modificación a la Ley 361 de 1997. En este orden de ideas, la organización institucional se debe fundamentar en que: (i) El Ministerio de la Protección Social, se constituya en el ente que lidere el diseño e implementación de la política, y sirva de articulador de los diferentes sectores e instituciones comprometidos con esta; (ii) El Consejo Nacional de Discapacidad opere como instancia política de representación de los actores del orden Nacional y local, públicos y privados, teniendo como propósito establecer recomendaciones para la formulación y adecuada implementación de la política; (iii) Se formalice una instancia técnica interinstitucional para la formulación y gestión coordinada de la política y del plan de acción, conformada por los Ministerios de la Protección Social y sus entidades vinculadas y adscritas, Educación y sus entidades vinculadas y adscritas, Comunicaciones, Transporte, Cultura, Desarrollo, Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, los coordinadores de los Grupos de Enlace Sectorial, el Departamento Nacional de Planeación y el DANE; (iv) Se desarrollen espacios y mecanismos de articulación y coordinación, nacionales y locales, acordes con las competencias y responsabilidades territoriales, necesarios para facilitar la ejecución, seguimiento y evaluación de la política (Gráfico 1).

Gráfico 1. Organización Institucional para la Política de Discapacidad³⁸



La Consejería Presidencial de Programas Especiales mediante un proceso de empalme concertado con el Ministerio de Protección Social durante el año 2003, trasladó su competencia de coordinación del Comité Consultivo Nacional al Ministerio de la Protección Social. Así, pasará a constituirse en una instancia de apoyo en la articulación y coordinación interinstitucional hasta que se produzca la reforma de la ley 361 de 1997.

3. Información

Si bien las recomendaciones de Naciones Unidas orientan sobre la medición de la *discapacidad*, la gran mayoría de los países de América han empleado el enfoque de la *deficiencia*, posiblemente porque la respuesta es más directa por parte del informante. No obstante, esta tendencia evoluciona hacia un enfoque ecológico, donde la identificación de las restricciones en la participación toma importancia,

³⁸ Las líneas punteadas significan la formalización de una instancia interinstitucional.

involucrando diferentes dimensiones: corporal, personal, familiar y social³⁹. El cambio de enfoque responde a la evolución del concepto de discapacidad incorporado en la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la importancia de hacer objetivos los riesgos asociados a discapacidad y en consecuencia, a la corresponsabilidad social que deben asumir los agentes públicos y privados en su prevención y control.

Así que no basta obtener datos sobre personas con deficiencias, sino que es necesario complementarlos con información contextual, incluyendo la familia y el ambiente social e institucional en el cual se desenvuelve la persona y la familia afectada, para comprender la situación de discapacidad y diseñar estrategias que permitan construir una política pública más eficaz frente al riesgo y la condición de discapacidad. Por lo tanto, la organización institucional antes mencionada propenderá por el avance en la obtención de información adecuada y comparable, de tal forma que se transformen sus bases y sistemas de información con unidad de criterio. Corresponde al DANE, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, prestar la asistencia técnica necesaria para adelantar dicho proceso y constituirse en el generador y proveedor principal de información sobre discapacidad, acogiendo los parámetros internacionales sugeridos, buscando una unificación del lenguaje y de los sistemas de información tanto internos como interinstitucionales.

4. Programas y Líneas de Acción

Los programas que se enmarcan en la superación de la situación de discapacidad, apuntan a reducir la potencial repercusión en caso de materializarse el riesgo, y procuran contrarrestar la exclusión social y favorecer la integración del individuo y la familia. Desde esta perspectiva, el anexo 8 sugiere el tipo de estrategias y sistemas, a cargo del Estado y la sociedad civil, para el manejo social del riesgo de discapacidad. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las estrategias en forma general se articulan y superponen, y que pueden a su vez vislumbrarse de la siguiente forma: (i) Reducción (Prevención), (ii) Reducción-Mitigación (Promoción y Prevención, por ejemplo vinculada a Empresas Promotoras de Salud, Administradoras Régimen Subsidiado y Administradoras Riesgos Profesionales), (iii) Reducción-Superación (Equiparación de Oportunidades), (iv) Mitigación (Aseguramiento de la población ante riesgos), (v) Mitigación-Superación (Rehabilitación de Base Comunitaria y Preparación de cuidadores), (vi) Superación (Recuperación ante el impacto).

³⁹ ONU. *Compendio de Datos sobre los Impedidos*. Serie Y No. 4, New York, 1990 y *Manual de elaboración de información estadística para políticas y programas relativos a personas con discapacidad*, New York, 1997.

4.1 Prevención y Reducción del Riesgo

Para este componente las acciones se dirigen a la detección e identificación oportuna de los factores de riesgo personal y social relacionados con discapacidad. Las intervenciones deben contribuir a la objetivación del riesgo por parte de las personas, familias y comunidad y a la modificación de prácticas culturales y hábitos de vida no favorables. El énfasis en este tipo de intervenciones permitirá un mejor manejo social del riesgo mediante el desarrollo de instrumentos informales, de mercado y desde el Estado, para reducir la vulnerabilidad y el efecto potencial de los eventos críticos sobre las personas y las familias.

Las principales fuentes de riesgo para discapacidad se concentran en el individuo y la familia (idiosincráticos), su impacto se ve afectado por la correlación de riesgos en los propios individuos (covarianza) o con otros riesgos (acumulados), lo cual señala la importancia de que las estrategias para su manejo, no deban restringirse a un solo tipo de riesgo o contexto.

Las líneas de acción para la reducción de riesgos incluyen:

- (i) Promoción y fomento de condiciones de vida para que las personas, familias y comunidades asuman estilos de vida saludables y se identifiquen y modifiquen los factores y comportamientos que generen riesgos, a través de estrategias de información, educación y comunicación.
- (ii) Diseño, aplicación y difusión de instrumentos para el registro y vigilancia de factores de riesgo y protectores y de la condición de discapacidad.
- (iii) Promoción del acceso oportuno a los servicios de protección social y educación, para la detección y atención temprana de la condición de discapacidad; así como divulgación entre los diferentes actores institucionales y comunitarios de las pautas pertinentes para la detección temprana, con énfasis en la población infantil.

4.2 Mitigación

Se refiere a las estrategias utilizadas para reducir el impacto o repercusión del evento en caso de que se materialice el riesgo. El fortalecimiento del sistema de seguridad social integral (aseguramiento en salud, pensiones y riesgos profesionales), así como la incorporación de instrumentos que protejan frente situaciones coyunturales (protección del ingreso y del capital humano acumulado, mecanismos sociales de protección y ayuda mutua, subsidios temporales focalizados), como parte del sistema de protección

social, a la luz del manejo social del riesgo, se constituyen en elementos fundamentales que contribuyen a reducir o eliminar el impacto de la morbilidad, mortalidad y la situación de discapacidad.

Las líneas de acción para la mitigación de riesgos incluyen:

- (i) Continuar la ampliación de la cobertura de la seguridad social en pensiones y en salud (a través de los regímenes contributivo y subsidiado) para la población general.
- (ii) Incentivar la incorporación de la población trabajadora informal e independiente al Sistema de Riesgos Profesionales.
- (iii) Desarrollar instrumentos de control de la evasión de aportes y de la afiliación a la seguridad social, que involucren la objetivación del riesgo por la sociedad y las ventajas de los mecanismos y alternativas de aseguramiento.
- (iv) Diseñar, desarrollar y promover instrumentos informales deseables, de mercado y desde el Estado, cuando sea necesario, que ofrezcan protección a las familias frente a riesgos asociados a discapacidad como consecuencia de situaciones de crisis.

4.3 Superación

Estas estrategias son dirigidas a superar los efectos generados por la materialización del riesgo sobre la persona, la familia o la comunidad, para recuperar en mayor o menor medida su condición inicial. Adicionalmente, procuran la equiparación de oportunidades y la modificación del imaginario social e individual sobre la discapacidad, que posibiliten la adecuada integración social y económica de los afectados. En tal sentido, la rehabilitación basada en la comunidad constituye una alternativa importante para lograr este propósito.

Las líneas de acción para la superación de riesgos incluyen:

- (i) Fomentar los procesos de participación y organización comunitaria para la transformación del imaginario social cultural en torno a la discapacidad. Para el efecto, es necesario promover y potenciar el papel de las organizaciones que trabajan en la prevención de riesgos y en la atención y equiparación de oportunidades para las personas en situación de discapacidad.
- (ii) Identificar las barreras de acceso y las prácticas institucionales de discriminación con el fin de establecer mecanismos que propicien su eliminación. En el mismo sentido, se divulgarán las recomendaciones de la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de

discriminación contra las personas con discapacidad. Los planes y programas institucionales de las entidades públicas de todos los niveles territoriales tendrán en cuenta los preceptos contenidos en esta Convención (ley 762 de 2002)⁴⁰.

- (iii) Promover y dar reconocimiento público a las organizaciones sociales y entidades que adopten e implementen prácticas institucionales que contribuyan a eliminar la discriminación y promuevan el acceso de las personas con discapacidad a los bienes y servicios que ofrecen.
- (iv) Establecer condiciones para que las personas con condición de discapacidad tengan acceso, permanencia y promoción en el servicio educativo.
- (v) Fomentar la participación productiva mediante el establecimiento y aplicación de mecanismos e instrumentos que incentiven la actualización y capacitación de la fuerza laboral de las personas con discapacidad y otros miembros de su hogar, trascendiendo al ámbito profesional.
- (vi) Promover la aplicación de la normatividad existente para la eliminación de barreras de acceso físico y funcional a espacios públicos, sitios turísticos, con particular énfasis en los terminales y transporte público, establecimientos educativos y de salud, entidades públicas prestadoras de servicios, escenarios deportivos, parques y zonas recreativas y culturales y proyectos y programas de vivienda de interés social.
- (vii) Promover el desarrollo, adaptación e implementación de tecnologías y medios que posibiliten a las personas con discapacidad el acceso a la información y la comunicación.
- (viii) Diseñar e implementar estrategias de intervención que permitan monitorear la habilitación, acreditación y gestión de los prestadores de servicios de rehabilitación, en el marco de los nuevos estándares de calidad definidos por el Ministerio de la Protección Social.
- (ix) Mejorar la oportunidad en el acceso y la calidad en los servicios de habilitación y rehabilitación para las personas con discapacidad y sus familias, soportados en enfoques de base comunitaria. Las acciones se dirigen a fortalecer la capacidad de los servicios y de las comunidades y articularlos para intervenir efectiva y oportunamente en la situación de discapacidad. Para tal fin, se promoverá la organización y fortalecimiento de redes de servicios integrales, incorporando normas técnicas para la atención, estrategias y metodologías de participación comunitaria, y el desarrollo de instrumentos que posibiliten el acceso a ayudas técnicas que contribuyan a mejorar la capacidad de desempeño autónomo de las personas con discapacidad y su productividad.

⁴⁰ OEA. *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*. Junio 7 de 1999, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

5. Plan de Acción y Metas 2004–2007

Con base en el presente documento Conpes Social, las entidades compromisorias (Consejería Presidencial de Programas Especiales, Ministerio de la Protección Social, ICBF, SENA, Ministerio de Educación, INCI, INSOR, Ministerio de Transporte, Ministerio de Comunicaciones, Ministerio de relaciones exteriores, Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de justicia y del Interior, Coldeportes, Ministerio de Cultura, Ministerio de Defensa, Red de Solidaridad Social, Departamentos y Municipios) deberán establecer el plan de acción para el período 2004–2007, buscando la concurrencia de los diferentes actores públicos y privados y de la sociedad civil, para el logro de los resultados.

El plan de acción para el período 2004–2007 con los compromisos, indicadores, líneas de base, metas, resultados y medios de verificación de los mismos, correspondientes a las instituciones del orden nacional, será concertado en el formato del anexo 9, dentro de los primeros tres meses siguientes a la expedición del presente documento. Las entidades territoriales harán lo propio y remitirán al Ministerio de la Protección Social sus planes correspondientes.

El Ministerio de la Protección Social, deberá brindar el soporte técnico y operativo para la coordinación interinstitucional en la formulación y ejecución del plan. A su vez, en el marco del Comité Consultivo Nacional, como institución responsable de la articulación y coordinación, deberá realizar el seguimiento y evaluación a los compromisos, metas, resultados y procesos sectoriales e institucionales, sin perjuicio de la responsabilidad de cada institución o entidad con relación al seguimiento y evaluación de sus compromisos. Por otra parte, gestionará la inclusión de las variables de discapacidad en los sistemas de información sectorial y territorial. No obstante lo anterior, se hace necesario promover estrategias y acciones de control social como fundamento de la democracia participativa.

El Departamento Nacional de Planeación hará la revisión y ajuste técnico al plan de acción 2004 – 2007 concertado por las entidades compromisorias del orden nacional y presentará al Conpes Social cada dos años el seguimiento a los indicadores y metas que den cuenta de los avances de la política. Para tal fin se apoyará en la información que para el efecto canalice el Ministerio de la Protección Social como responsable de la articulación y coordinación.

V. RECOMENDACIONES

Los Ministerios de la Protección Social, Comunicaciones, Transporte, Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Educación, Cultura, Justicia y del Interior; las Consejerías Presidenciales de Programas Especiales y para la Política Social, y el Departamento Nacional de Planeación, recomiendan al Conpes Social:

1. Aprobar la Política Pública Nacional de Discapacidad presentada en el presente documento.
2. Solicitar a las entidades compromisorias (Consejerías Presidenciales de Programas Especiales y para la Política Social, Ministerio de la Protección Social, ICBF, SENA, Ministerio de Educación, INCI, INSOR, Ministerio de Transporte, Ministerio de Comunicaciones, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo territorial, Ministerio de Justicia y del Interior, Coldeportes, Ministerio de Cultura, Ministerio de Defensa, Red de Solidaridad Social, Departamentos y Municipios) e integrantes del Comité Consultivo Nacional:
 - La concertación del plan de acción 2004-2007, dentro de los tres meses siguientes a la aprobación del presente documento, de acuerdo con la matriz de compromisos del anexo 9 del presente documento. Los compromisos, metas y estrategias deberán ser acordes con los recursos disponibles por parte de cada entidad, buscando coherencia e integralidad interinstitucional y sectorial, con el propósito de lograr una óptima gestión del plan e impacto de las estrategias.
 - Aportar anualmente al Ministerio de la Protección Social, la información requerida para efectos de seguimiento y evaluación, de conformidad con los indicadores y medios de verificación concertados en el plan de acción 2004-2007.
3. Solicitar al Ministerio de la Protección Social:
 - Adelantar los procesos necesarios para la formalización del diseño institucional para la gestión en discapacidad presentada en este documento y llevar a cabo su coordinación, seguimiento y evaluación. En tal sentido deberá coordinar con las instancias de gobierno, la modificación a la ley 361 de 1997 en los aspectos pertinentes.

- Elaborar el plan de acción 2004–2007 y brindar el soporte técnico y operativo para la coordinación interinstitucional en la concertación y ejecución conforme la política aprobada con el presente documento.
 - Coordinar con los diferentes ministerios, el DANE, entidades territoriales y demás involucradas, la homologación de registros y procedimientos para disponer de información sobre riesgos, perfiles epidemiológicos y caracterización de población con discapacidad, así como la elaboración y divulgación de boletines estadísticos periódicos.
 - Promover e impulsar en las entidades territoriales el desarrollo de estrategias de rehabilitación con base comunitaria.
 - Estudiar la viabilidad técnica, económica y financiera, así como los mecanismos para la afiliación de los trabajadores informales e independientes al Sistema de General de Riesgos Profesionales.
 - Ajustar los procedimientos de calificación de la invalidez conforme al enfoque de la CIF.
 - Establecer la viabilidad, procedimientos y reformas normativas necesarias para que la situación de discapacidad sea determinada o calificada por autoridad competente en cada entidad para la adecuada focalización de subsidios de programas sociales.
4. Solicitar al Comité Consultivo Nacional, realizar el seguimiento y evaluación a la puesta en marcha de la política y las estrategias del plan de acción 2004–2007, como ente asesor institucional, según la ley 361 de 1997.
5. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación:
- Realizar la revisión y ajuste técnico al plan de acción 2004–2007 concertado por las entidades compromisorias del orden nacional y presentarlo al Conpes Social dentro de los tres meses siguientes a la aprobación del presente documento. Las metas e indicadores aprobados por el Conpes Social deberán ser incorporados al Sistema de Programación y Seguimiento de las Metas Presidenciales – SIGOB. Para tal fin se apoyará en la información que para el efecto canalice el

Ministerio de la Protección Social como responsable de la articulación y coordinación de la Política.

ANEXO 1

Características del Riesgo asociado a Discapacidad⁴¹

Fuentes de Riesgo	Correlación		
	Micro	Meso	Macro
	(Idiosincrásico)	<<<<<<←-----→>>>>>> (Covariado)	
Naturales			Desastres
Salud	Enfermedad General Trastornos genéticos Problemas materno – perinatales Desnutrición Abuso de psicoactivos	Epidemias Iatrogenia Enfermedad Profesional Lesiones Accidente de Trabajo Accidentalidad	
Ciclo Vital	Infancia Ancianidad – Envejecimiento Edad Reproductiva (mujeres) Adulto joven (hombres)		
Sociales	Abuso sexual Violencia intrafamiliar Analfabetismo Embarazo adolescente	Violencia Terrorismo Discriminación No escolarización	Guerra
Económicos		Desempleo Pérdida de Ingreso	
Políticos			Ausencia de Políticas Desarticulación e Incumplimiento de Programas Sociales

Fuente: DNP-DDS-SS, con base en características evidenciadas para el país en el diagnóstico de la situación de discapacidad. Adaptación, a partir de Holzmann y Jorgensen: Manejo social del riesgo. Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Banco Mundial. Febrero de 2000.

⁴¹ Cuadro básico que pretende visualizar en forma muy concreta los riesgos asociados a la discapacidad, sin agotar el tema.

ANEXO 2

El derecho colombiano no ha sido ajeno a la preocupación mundial por equiparar los derechos de las personas en condición de discapacidad. El tema de la discapacidad se trata en el derecho civil, en el Código del Menor, en el derecho penal, en la legislación laboral y de la seguridad social. Respecto a la educación, y para efectos de accesibilidad, es objeto de las leyes 12 de 1987, 105 de 1993, y 361 de 1997.

En particular, la Ley 115 de 1994 define los derechos de los discapacitados para acceder a la educación. El decreto 2082 de 1996 reglamenta la atención educativa de personas con limitaciones, o con capacidades o talentos excepcionales. En el Código Civil, es abordada en los artículos 73, 74, 422, 428, 1503, 1504, 1505. En materia penal, tiene tratamiento en el Código Penal (arts. 31, 66 y 64), en el decreto 100 de 1980 (arts. 93 a 102).

Por su parte, el decreto 2358 de 1981 creó el Sistema Nacional de Rehabilitación. Mediante la resolución 14861 del 4 de octubre de 1985, el Ministerio de Salud dictó normas para la protección, seguridad, salud y bienestar ambiental de las personas en general y en especial de las que adolecen de alguna limitación. La ley 12 de 1987 dispuso la supresión de algunas barreras arquitectónicas. El Decreto 2737 de 1989, incluye lo relacionado con la protección del menor discapacitado. El decreto 2177 de 1989 regula lo concerniente a la readaptación profesional y empleo de personas inválidas. Mediante el decreto 730 de 1995 se creó el Comité Consultivo Nacional de Discapacitados. La ley 324 de 1996, define los derechos de la población sorda. Con el decreto 2226 del 5 de diciembre de 1996 se asigna al Ministerio de Salud la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas, que en el campo de la salud, se relacionen con la tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados. La ley 82 de 1988 aprobó el Convenio 159 de la OIT, sobre readaptación profesional. El decreto 2177 de 1989 desarrolla la Ley 82 de 1988, garantiza la igualdad de oportunidades y derechos laborales a las personas inválidas. La ley 100 de 1993 contempla la atención en salud y rehabilitación de las personas con deficiencia o discapacidad cualquiera que haya sido su patología causante. Con la ley 321 de 1997, se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación. La Ley 119 de 1994 por la cual se reestructura el SENA, señala el objetivo de organizar programas de readaptación profesional para personas discapacitadas. La ley 789 de 2002, establece normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y la ley 762 de 2002, aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. La ley 797 de 2002 por la cual se reforman algunas disposiciones sobre pensiones con relación a las personas que padezcan una deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más. El Decreto 2286 de 2003 que trata sobre el procedimiento para la exclusión de pagos de aportes para aquellas personas que acrediten disminución de la capacidad laboral.

ANEXO 3

Hallazgos característicos de los estudios relevantes sobre discapacidad⁴².

Estudio	Gobernación del Valle del Cauca y Universidad de Valle, 2001.		Mineducación-DANE, 2002-2003
Enfoque	Deficiencia, Discapacidad entorno		Discapacidad y entorno
Muestra	14 Municipios, barrios urbanos, estratos 1 y 2 (hogares)		9 Municipios (individuos en situación de deficiencia y discapacidad, por demanda)
Porcentajes de discapacidad hallados en los diferentes estudios	“Deficiencia” 6,98%	“Discapacidad” 3,99%	1,8%
Discapacidad por grupos de edad	0-9 años:3,1% 10-19 años:3,9% 20-29 años:4,6% 30-39 años: 6,4% 40-49 años: 10% 50-59 años: 14,4% 60-69 años:18,1% 70-79 años: 31%; >80 años: 33,9%	0-9 años: 1,7% 10-19 años: 2,4% 20-29 años: 2,4% 30-39 años: 3% 40-49 años: 4,7% 50-59 años: 7,5% 60-69 años:10,2% 70-79 años: 24%; >80 años: 31,4%	0-11 años: 0,8% 12-19 años: 1% 20-29 años: 0,9% 30-44 años: 1,4% 45-64 años: 3,4% 65-74 años: 8,7% >75 años: 16%
Hogares con personas con discapacidad	27,50%	17,20%	92% de las personas con discapacidad cuenta con algún tipo de acompañamiento en el hogar
Empleo en personas con discapacidad	13% trabajando, 18% realizando oficios del hogar (incapacitados para trabajar 18%)		
Educación en personas con discapacidad	El 13% de los calificados con discapacidad estudiaba en educación regular y 29,8% en educación especial.		El 13% asiste a un establecimiento educativo
Acceso a la seguridad social salud (afiliación)	44,2% de las personas con deficiencia 50,6% de las personas con discapacidad		45% al régimen subsidiado 13% al régimen contributivo
Principales deficiencias reportadas			
Movimiento (locomoción y manipulación)	21% mujeres; 19,9% hombres		16%
Sistema nervioso	19% mujeres; 20,6% hombres		19%

⁴² La diferencia en el valor de porcentajes entre ambos estudios se explica por el método de selección de la muestra seleccionada: muestreo multietápico en el estudio del Valle y censo por convocatoria en el de Mineducación-DANE. Este último conlleva un sesgo de identificación sólo a la población con mayor severidad, el mismo sesgo que presentaba el Censo 1993, en este caso por la forma de formulación de la pregunta (ciego, sordo, etc. en lugar de dificultades para ver o para oír). Estos estudios aunque no son comparables avanzan en la identificación de determinantes y consecuencias, introducen diferencias entre deficiencia y discapacidad, teniendo en cuenta la dimensión corporal, individual y social, entre otros aspectos, y con base en la Clasificación Internacional del Funcionamiento y Discapacidad.

El Censo de 1993, para determinar el número de personas con discapacidad, tomó en cuenta la condición de salud y biológica de la persona, y dejó de lado los factores contextuales y sociales que generan la discapacidad.

Estudio	Gobernación del Valle del Cauca y Universidad de Valle, 2001.	Mineducación-DANE, 2002-2003
Visión	15,4% mujeres; 11,0% hombres	16%
Sistema cardio-respiratorio	13,6% mujeres; 9,4% hombres	13%
Voz habla	8,9% mujeres; 9,4% hombres	8%
audición	7,0% mujeres; 9,7% hombres	8%
Participación social (rara vez o nunca)	35,7% - 54%	31%
Causas Reportadas		
Biológicas (enfermedad general, alteración genética, complicación de la madre)	43,8%	46%
Violencia	11,48%	15%
Ocupacionales	7,9%	2%
Ambiental	2,4%	2%
Iatrogénicas	3,9%	1%
Otras	12,4%	2%
No sabe/No responde	19,3%	33%

ANEXO 4

Hallazgos característicos de los estudios relevantes sobre discapacidad.

Estudio	Censo DANE 1993 1/	Sistema Nacional de Información sobre Discapacidad, 1995
Enfoque	Limitación y deficiencia	Limitación y deficiencia
Muestra	Censal	9 Ciudades, estratos 1, 2 y 3 (Individuos)
Porcentajes de discapacidad hallados en los diferentes estudios	1,8%	23,6%
Discapacidad por grupos de edad	0-14 años: 0.7% 15-64 años: 1,7% > 65 años: 12%	44.6% de los discapacitados son mayores de 46 años
Ceguera	0,73%	1,8%
Sordera	0,53%	1,3%
Mudez	0,13%	0,13%
Retraso o Deficiencia mental	0,35%	0,4% retraso mental; 0,7% trastorno mental
Parálisis o Ausencia Miembros superiores	0,19%	Trastornos funcionales crónicos 9,7%
Parálisis o Ausencia Miembros Inferiores	0,19%	
Empleo de personas con discapacidad		24,1% en desempleo
Educación personas con discapacidad		46,9% primaria; Acceso a niveles técnicos y superiores 2,5% y 6.6% (para discapacitados y no discapacitados)
Acceso seguridad social salud afiliación		32,5%

1/ El Censo de 1993 para determinar el número de personas con discapacidad tomó en cuenta la condición de salud y biológica de la persona, dejó de lado los factores contextuales y sociales que generan la discapacidad.

ANEXO 5

Cobertura indicativa Régimen Subsidiado de Salud, por grupos de edad, 2000.

Rango de edad	Mujeres	Hombres	Total
0- 4	56,1%	56,0%	56,1%
5-9	74,1%	73,9%	74,0%
10-14	74,8%	74,6%	74,7%
15-19	65,7%	62,8%	64,2%
20-24	54,2%	45,8%	50,0%
25-29	53,4%	43,7%	48,6%
30-34	51,9%	43,8%	48,0%
35-39	53,6%	47,5%	50,7%
40-44	52,7%	49,7%	51,3%
45-49	49,1%	49,1%	49,1%
50-54	53,8%	54,5%	54,2%
55-59	60,8%	60,0%	60,5%
>60	82,2%	87,4%	84,6%
Total	61,3%	58,4%	59,9%

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Base de datos del régimen subsidiado - abril de 2001. Cálculos DNP-DDS-SS.

ANEXO 6

Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud por tipo de limitación – 2001.

Tipo de Limitación	Mujeres	Hombres	Total	Proporción
Física	33.814	41.236	75.050	0,8%
Motora	1.948	1.995	3.943	0,0%
Sensorial	10.404	10.902	21.306	0,2%
Sin identificar	8.441	8.615	17.056	0,2%
Sin discapacidad	4.658.021	4.325.464	8.983.485	98,7%
Total	4.712.628	4.388.212	9.100.840	100,0%

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Base de datos del régimen subsidiado - abril de 2001. Cálculos DNP-DDS-SS.

ANEXO 7

Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud por género, con algún tipo de limitación identificada, por grupos de edad.

Rango de Edad	Mujeres				Hombres				Total General
	Física	Motora	Sensorial	Total	Física	Motora	Sensorial	Total	
0- 4	63,2%	4%	32,8%	4%	65%	4%	31%	4%	4%
5-9	69,9%	4,4%	25,7%	6%	71%	4%	25%	6%	6,2%
10-14	72,6%	4,8%	22,6%	6,9%	74%	5%	21%	7%	7%
15-19	71,4%	5%	23,6%	6,4%	73%	5%	22%	7%	6,5%
20-24	69,7%	6%	24,4%	6%	74%	6%	20%	6%	6%
25-29	72,3%	4,2%	23,5%	6%	76%	5%	19%	6%	6%
30-34	74%	4,6%	21,4%	6%	77%	5%	18%	6%	6,1%
35-39	73,2%	6,1%	20,7%	5,6%	77%	4%	18%	6%	5,9%
40-44	74,9%	4,6%	20,5%	5,4%	78%	4%	18%	6%	5,6%
45-49	74%	4,8%	21,2%	4,7%	78%	4%	18%	5%	5,1%
50-54	72,9%	4,7%	22,4%	4,3%	77%	4%	20%	5%	4,4%
55-59	75%	4%	21%	4,3%	79%	4%	18%	5%	4,6%
>60	75,6%	3,1%	21,3%	34,4%	79%	2%	19%	31%	32,6%
Total	73,2%	4,2%	22,5%	100%	76%	4%	20%	100%	100%

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Base de datos del régimen subsidiado - abril de 2001. Cálculos DNP-DDS-SS.

ANEXO 8

Protección Social. Sistemas y estrategias⁴³ para el manejo social del riesgo asociado a discapacidad⁴⁴

Los niveles de manejo del riesgo se clasifican en mecanismos informales (idiosincrásicos), de mercado (meso) y públicos (macro). Las estrategias para abordar el riesgo son las de prevención, mitigación y Superación. El cuadro muestra la sociedad civil como actor, en el nivel informal y de mercado, y al Estado como actor en el nivel público.

ESTRATEGIAS / SISTEMAS ⁴⁵	SOCIEDAD CIVIL ⁴⁶ Actor	ESTADO Nivel de Manejo del riesgo Público
REDUCCIÓN DEL RIESGO		
Promoción y Prevención. Disminución de riesgos y de la probabilidad de daño.	<i>Nivel de manejo del riesgo Informal</i> Promoción de entornos protectores en el hogar. Minimizar riesgos de accidentes en el hogar. Prevenir maltrato y violencia. Prácticas de estilos de vida saludable. Participación en actividades preventivas y de promoción de la salud. Cultura de la demanda de servicios de prevención. Adopción de comportamientos y hábitos saludables Participar en el suministro de información para la identificación de riesgos. Denuncia y control social sobre violencia, maltrato, trabajo y explotación infantil y otros factores generadores de riesgo de discapacidad. Denunciar y rechazar prácticas discriminatorias al interior de la comunidad.	Regulación positiva (políticas, normas, e incentivos) y Programas para: - Hacer objetivos los riesgos para la sociedad. - La prevención de riesgos sociales (políticas de seguridad alimentaria y nutrición, laboral y de reducción del trabajo infantil, discriminación positiva y acción afirmativa para minorías y grupos vulnerables, discriminación negativa del discapacitado) - La prevención de riesgos en salud (planes integrales de beneficios para el aseguramiento <u>obligatorio</u> en salud, salud pública, guías y protocolos de diagnóstico y detección precoz). - Promoción de la

⁴³ Las estrategias como se citó con anterioridad, pueden tener componentes compartidos entre ellas mismas. Por ejemplo: La equiparación de oportunidades se considera como parte de la superación, aunque comparte características con la prevención al actuar sobre personas e instituciones diferentes a quienes deben superar directamente la discapacidad. Para observar la interrelación gráficamente ver bases para la formación política pública en discapacidad, Presidencia de la República, Consejería Presidencial de Programas Especiales –CPPE–, Red de Solidaridad Social, 2003, página 37.

⁴⁴ Las opciones del cuadro no agotan las diferentes asociaciones, pero es la base general sobre la cual se diseñan las acciones y estrategias. Como se mencionó anteriormente, las estrategias tiene fronteras y superposiciones por lo cual, algunas se encuadran en la estrategia que tenga el mayor componente, y no en dos o tres estrategias, pues podría crear confusión.

⁴⁵ Las estrategias comunitarias para reducir, mitigar y superar el riesgo son múltiples. Algunas de ellas pueden tener un resultado contraproducente, al generar desahorro de recursos y pérdida irreversible de capital humano, por lo que no son incluidas.

⁴⁶ Incluye a las instituciones privadas, IPS, EPS.

ESTRATEGIAS / SISTEMAS ⁴⁵	SOCIEDAD CIVIL ⁴⁶ Actor	ESTADO Nivel de Manejo del riesgo Público
	<i>Nivel Manejo del riesgo el Mercado</i> Aseguramiento <u>integral</u> en salud. Detección oportuna. Acceso oportuno a servicios de salud. Aplicación de procedimientos y protocolos para detección temprana y tratamiento. Control de riesgos en población beneficiaria, vigilancia epidemiológica, acciones de promoción y prevención. Seguridad Industrial, salud ocupacional y Aseguramiento contra Riesgos Profesionales. Conocimiento de mercados financieros - Protección financiera frente al riesgo. Mercado laboral que proteja contra la contratación de menores de edad. Capacitación para el trabajo. Formación del Capital Humano – Educación. Formación Profesional diversificada o polivalente.	Salud. Salud ocupacional, riesgos profesionales y seguridad industrial. - Construir y legitimar mecanismos de registro y vigilancia en salud pública (epidemiológica, socio-demográfica, servicios sociales) de los riesgos y la condición de discapacidad (niveles local, regional y nacional). Como también tener actualizadas las estadísticas de accidentalidad - Sistemas de focalización de programas sociales en población más vulnerable. - Prevenir desastres. - Formación del Capital Humano – Educación. Información y comunicación para la prevención - Vigilar los comportamientos culturales y sociales, para identificar el surgimiento de tipos de discriminación.
MITIGACIÓN DEL RIESGO		
Mecanismos de protección frente a las contingencias generadas una vez los riesgos se hagan presentes (disminuye el impacto del daño)	<i>Nivel de manejo del riesgo Informal</i> Capital Social. Organización familiar y comunitaria. Redes sociales y solidarias de apoyo. <i>Nivel Manejo del riesgo el Mercado</i> Sistemas de aseguramiento social o de mercado (pensiones, riesgos profesionales, salud, desempleo).	Sistemas de aseguramiento obligatorios en salud, pensiones, riesgos profesionales, otros. Protección de derechos (acceso a servicios sociales y de salud, garantías, vigilancia y control).

ESTRATEGIAS / SISTEMAS⁴⁵	SOCIEDAD CIVIL⁴⁶ Actor	ESTADO Nivel de Manejo del riesgo Público
	Formación del Capital Humano – Educación.	Promoción de deberes (contribuciones, aportes a seguridad social). Focalización de subsidios por demanda.
SUPERACIÓN DEL RIESGO		
Alivio o disminución del impacto del riesgo una vez se ha materializado.	<i>Nivel de manejo del riesgo Informal</i> Capital Social (apoyo comunitario para la difusión y aplicación de estrategias y actividades de integración social y eliminación de formas de discriminación). <i>Nivel Manejo del riesgo el Mercado</i> Estrategias y programas de rehabilitación con base comunitaria. Programas educación formal y capacitación laboral que integren a los discapacitados. Acceso efectivo a bienes y servicios (sociales, culturales, recreativos, crédito, otros)	Políticas, programas y acciones orientadas a modificar el imaginario social sobre la situación de discapacidad (acción afirmativa, discriminación positiva, eliminación de barreras de acceso, equiparación de oportunidades, promoción de atención – rehabilitación en medio social comunitario, integración educativa y en capacitación laboral) Apoyo en caso de desastres y eventos críticos. Subvenciones. Legislación que proteja derechos y promueva deberes. Garantizar el acceso a los diferentes bienes y servicios. Promoción de acceso física, ambiental, cultural y laboral, crédito. Inclusión de beneficios adecuados para la rehabilitación dentro de los planes de beneficios de la seguridad social.

Fuente: DNP-DDS-SS. Adaptación, a partir de Holzmann y Jorgensen: Manejo social del riesgo. Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Banco Mundial. Febrero de 2000.