

Estado de la publicación: El preprint ha sido enviado para publicación en revista

IMPACTO SOCIAL DE LAS BARRERAS EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

Lina María González Ballesteros, Camila Andrea Castellanos Roncancio, Jeimmi Paola Carvajal
Guzmán

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.10261>

Enviado en: 2024-10-23

Postado en: 2024-11-08 (versión 1)

(AAAA-MM-DD)

IMPACTO SOCIAL DE LAS BARRERAS EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

SOCIAL IMPACT OF BARRIERS IN THE DISABILITY CERTIFICATION PROCESS IN COLOMBIA

Lina María González Ballesteros (Autora principal):

Médico cirujana y psiquiatra. Profesora Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana. Líder de Bienestar físico y socioemocional Fundación Saldarriaga Concha.

Correo: lgonzalez@saldarriagaconcha.org

Ciudad y país: Bogotá DC, Colombia

Dirección: Calle 72 No. 7-64|Oficina 202

Teléfono: +57 601 6226282

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1557-1036>

CvLac: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001468632

Camila Andrea Castellanos Roncancio

Psicóloga, Pontificia Universidad Javeriana. Magíster en educación, Universidad de los Andes. Coordinadora de programas en bienestar físico y socioemocional Fundación Saldarriaga Concha.

Correo: ccastellanos@saldarriagaconcha.org

Ciudad y país: Bogotá DC, Colombia

Dirección: Calle 72 No. 7-64|Oficina 202

Teléfono: +57 601 6226282

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9677-8559>

CvLac: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001686726

Jeimmi Paola Carvajal Guzmán

Trabajadora Social, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en educación, Universidad de los Andes. Investigadora cualitativa de los programas en bienestar físico y socioemocional Fundación Saldarriaga Concha.

Correo: jcarvajalg@saldarriagaconcha.org

Ciudad y país: Bogotá DC, Colombia

Dirección: Calle 72 No. 7-64|Oficina 202

Teléfono: +57 601 6226282

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8333-8194>

CvLac: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001489747

CONTRIBUCIÓN DE LAS AUTORAS

Lina María González Ballesteros (Autora principal)

- Conceptualización: Responsable del diseño y desarrollo del marco teórico de la investigación.
- Diseño de la Metodología: Elaboración de la estructura metodológica y supervisión del proceso de investigación.
- Supervisión: Dirección general del proyecto y orientación en la toma de decisiones críticas a lo largo del estudio.
- Redacción - Revisión y Edición: Revisión crítica del manuscrito y edición final de los resultados.
- Adquisición de Fondos: Gestión y obtención de recursos necesarios para el desarrollo del proyecto.

Camila Andrea Castellanos Roncancio

- Coordinación de Proyecto: Supervisión de las actividades diarias de investigación y seguimiento del cronograma de trabajo.
- Levantamiento de Datos: Gestión y coordinación de la recolección de datos mediante entrevistas y grupos focales.
- Análisis Formal: Análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos.
- Validación: Validación de los resultados obtenidos y verificación de la consistencia de los datos.
- Redacción - Primer Borrador: Redacción del primer borrador del manuscrito basado en los hallazgos de la investigación.

Jeimmi Paola Carvajal Guzmán

- Curación de Datos: Organización y preparación de los datos cualitativos para el análisis.
- Análisis Cualitativo: Desarrollo del análisis de los datos cualitativos y codificación de la información obtenida.
- Redacción - Revisión y Edición: Coordinación del proceso de escritura y revisión del manuscrito.
- Visualización: Creación de gráficos y representaciones visuales de los resultados.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras de este manuscrito declaran que no existen conflictos de intereses financieros, personales, académicos o institucionales que pudieran haber influido de manera inapropiada en la realización de esta investigación o en la presentación de los resultados. Los financiadores del estudio no tuvieron ninguna participación en el diseño del estudio, en la recopilación, análisis o interpretación de los datos, ni en la redacción del manuscrito o en la decisión de enviarlo para su publicación.

Resumen

Mediante un análisis cualitativo la investigación busca responder a la pregunta: *¿Cuáles son las principales barreras que enfrentan las personas con discapacidad en Colombia para acceder y usar el certificado de discapacidad y los beneficios asociados?* Para ello, se realizó un estudio cualitativo que incluyó entrevistas semiestructuradas y grupos focales con cinco actores relevantes en el proceso de certificación: personas con discapacidad y sus familias, representantes de organizaciones de la sociedad civil, tomadores de decisiones, funcionarios de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y profesionales de la salud. Dos son los principales aportes de esta investigación. El primero, refiere a la ausencia de conocimiento en discapacidad por parte del personal médico que incide en la activación del proceso de certificación; el segundo, la conceptualización de las barreras tecnológicas y logísticas, especialmente en áreas rurales con escasa conectividad a internet. Las conclusiones sugieren que para superar estas barreras es fundamental adoptar un enfoque integral que considere las múltiples dimensiones de la discapacidad, mejorar la capacitación de los profesionales de la salud y simplificar los procesos administrativos. Es necesario promover campañas de sensibilización y educación para desmitificar la certificación y reducir el estigma asociado. Además, se destaca la importancia de mejorar la infraestructura tecnológica y garantizar que las políticas de certificación sean inclusivas y adaptadas a las realidades culturales y socioeconómicas de todas las comunidades, especialmente en zonas rurales y entre comunidades indígenas y afrodescendientes.

Palabras Clave: Proceso de certificación de discapacidad, barreras de acceso, inclusión social, formación permanente.

Abstract

Through a qualitative analysis, this research seeks to answer the question: What are the main barriers faced by people with disabilities in Colombia in accessing and using the disability certificate and the associated benefits? To address this, a qualitative study was conducted, which included semi-structured interviews and focus groups with five key stakeholders in the certification process: individuals with disabilities and their families, representatives of civil society organizations, policymakers, officials from healthcare service providers (IPS), and healthcare professionals. This research makes two primary contributions. The first pertains to the lack of disability knowledge among medical personnel, which impacts the activation of the certification process; the second concerns the conceptualization of technological and logistical barriers, particularly in rural areas with limited internet connectivity. The conclusions suggest that overcoming these barriers requires adopting a comprehensive approach that considers the multiple dimensions of disability, improving the training of healthcare professionals, and simplifying administrative processes. It is essential to promote awareness and education campaigns to demystify the certification process and reduce the associated stigma. Furthermore, the importance of enhancing technological infrastructure is highlighted, along with the need to ensure that certification policies are inclusive and adapted to the cultural and socioeconomic realities of all communities, particularly in rural areas and among Indigenous and Afro-descendant communities.

Keywords: Disability certification process, access barriers, social inclusion, barriers, continuous training.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (24), se estima que en el mundo las personas con discapacidad son el 15% de la población mundial. En Colombia, se estima que el 5.6% de la población tiene algún tipo de discapacidad. Históricamente, la atención a las personas con discapacidad ha pasado por diversos modelos (14, 20), desde enfoques asistenciales y médicos hasta el actual enfoque biopsicosocial. Este último considera la discapacidad como el resultado de la interacción entre las características de las personas y las condiciones de sus contextos sociales, que pueden funcionar como facilitadores o barreras para su desarrollo y participación plena.

Dadas las condiciones de desigualdad social que enfrenta buena parte de la población con discapacidad, estas han sido abordadas desde el enfoque biopsicosocial. Dicho enfoque ha permeado el proceso de certificación, por tanto, este *no tiene un valor censal*. No se puede considerar como una herramienta para la planificación de servicios y la evaluación de intervenciones y políticas en diversos sectores, como salud, educación y trabajo. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (9), hasta el 30 de junio de 2024, 366.481 personas han sido certificadas en Colombia, lo cual significa un porcentaje del 13% del estimado de personas con discapacidad en Colombia. Si bien implica un avance significativo, el ejercicio de certificación reviste complejidades y no se acerca a toda la diversidad poblacional existente entre las personas con discapacidad. Esta situación subraya la necesidad de comprender las interacciones entre los actores involucrados en el proceso de certificación, considerando las percepciones y experiencias de las personas con discapacidad, sus familias, profesionales de la salud y tomadores de decisiones en entornos urbanos y rurales.

1. Marco Conceptual

Los autores analizados en el estado del arte presentan un consenso en la interrelación de la desigualdad y la autopercepción. Destacan cómo las barreras estructurales impiden a las personas con discapacidad obtener los servicios necesarios para su bienestar y participación social. Pinilla-Roncancio (4, pág. 1015) argumenta que "las personas con discapacidad tienen un acceso significativamente limitado a servicios esenciales, lo que se traduce en menores tasas de escolaridad, mayores tasas de desempleo y peores condiciones de salud en comparación con la población general". Este acceso limitado no solo afecta directamente a la calidad de vida de las personas con discapacidad, sino que también perpetúa un ciclo de pobreza y exclusión social.

Las dificultades presentadas a nivel contextual y relacional, se fundamentan en acciones y actitudes discriminatorias. La estigmatización y las percepciones negativas sobre la discapacidad emergen como barreras significativas que afectan tanto la autonomía como la capacidad para acceder a los servicios y derechos. Leal (2, pág. 54) observa que "la

discriminación que hace la sociedad producto de la lástima o rechazo, no permite que los seres humanos se desarrollen plenamente, llegando en algunos casos a situaciones verdaderamente lamentables". La estigmatización puede conducir a la exclusión social y limitar las oportunidades de desarrollo personal y profesional. Este estigma puede ser internalizado, afectando negativamente la autopercepción, lo que a su vez puede desincentivar la búsqueda de certificación.

1.1. Conceptualización de las barreras en la producción de conocimiento

Los autores revisados en el estado del arte no solo han analizado el proceso en sí, sino que también han generado constructos conceptuales para comprender los impactos de la certificación. Según Cortés-Reyes et al. (6), entender la complejidad burocrática y las inconsistencias normativas es esencial para desarrollar políticas más eficientes y actualizadas. Levin (1) y Leal (2) destacan la importancia de reconocer la insuficiencia de recursos y la centralización de servicios, lo cual es fundamental para mejorar la distribución equitativa y la accesibilidad. Además, abordar las barreras sociales y culturales, como la estigmatización y las desigualdades de género, es vital para fomentar una inclusión social más justa y equitativa, como señalan Guzmán-Suárez (8) y Moreno-Angarita et al. (3). Neves-Silva y Álvarez-Martín (7) y Salazar-Villanea et al. (10) enfatizan que una comprensión profunda de las barreras económicas y de evaluación puede guiar la implementación de apoyos financieros y logísticos adecuados, así como la estandarización de métodos de evaluación, garantizando así un proceso de certificación más equitativo y preciso.

Las *barreras institucionales* también juegan un papel crucial. Las instituciones encargadas de evaluar y certificar la discapacidad a menudo carecen de los recursos necesarios para llevar a cabo estas tareas de manera efectiva. La falta de personal capacitado y de materiales adecuados puede resultar en evaluaciones imprecisas y en demoras significativas en el proceso de certificación (1). Además, la alta centralización de los servicios de certificación en áreas urbanas dificulta el acceso para las personas que viven en zonas rurales. Esta centralización no solo limita la accesibilidad geográfica, sino que también puede llevar a la saturación de los servicios disponibles en los centros urbanos (6).

Las *barreras legales y administrativas* son una de las principales dificultades en el proceso de certificación de discapacidad. La complejidad burocrática se manifiesta en múltiples pasos y largos periodos de espera, como se observa en la normativa venezolana (2). La necesidad de presentar numerosos documentos y la espera de hasta 52 semanas para completar el proceso dificultan el acceso oportuno a los beneficios (1). Además, las leyes y regulaciones

que rigen la certificación de discapacidad pueden no estar actualizadas o no alinearse completamente con las necesidades actuales de las personas con discapacidad (2).

Las *barreras sociales y culturales*, como la estigmatización social asociada a la discapacidad, afectan negativamente la autoimagen y la inclusión social de las personas con discapacidad. Este estigma puede desincentivar a las personas con discapacidad y a sus familias a buscar la certificación, por temor a ser etiquetados y discriminados (1,8). En muchas culturas, las mujeres, especialmente las madres, asumen la mayor parte de las responsabilidades de cuidado de los miembros de la familia con discapacidad. Esta carga desproporcionada limita sus oportunidades laborales y sociales, perpetuando las desigualdades de género (3).

Las *barreras geográficas y económicas* también son significativas. Los servicios para la evaluación y certificación de la discapacidad están concentrados en áreas urbanas, lo que deja a las personas en zonas rurales con acceso limitado (6). Esta desigualdad en la distribución de servicios crea barreras significativas para aquellas personas que necesitan viajar largas distancias para acceder a los servicios de certificación. Además, la dependencia de subsidios y beneficios asociados al certificado de discapacidad puede crear una situación de vulnerabilidad económica si estos apoyos se reducen o eliminan.

Las *barreras de evaluación* incluyen métodos de evaluación inconsistentes y la falta de capacitación adecuada del personal. La variabilidad en los métodos y criterios de evaluación utilizados en el proceso de certificación puede llevar a resultados inconsistentes y poco equitativos (10). La falta de estandarización en los criterios de evaluación puede resultar en decisiones subjetivas y discrecionales por parte de los evaluadores.

2. Metodología

Al 30 de junio de 2024 han sido certificadas 366.481 en Colombia como personas con discapacidad, sobre un estimado de 5,6% de personas con discapacidad en el país. Lo anterior, enmarca la necesidad de comprender las interacciones entre los actores involucrados en el proceso de certificación. Partiendo de esa identificación, este ejercicio investigativo partió de la percepción y las experiencias de las personas con discapacidad, sus familias, los profesionales de la salud, y los tomadores de decisiones en los entornos urbanos y rurales. Por tanto, los participantes de este ejercicio investigativo se dividen en cinco grupos: **Personas con Discapacidad y sus familias, Organizaciones de la Sociedad Civil, Tomadores de Decisiones y profesionales de la Salud.**

Mediante una estrategia de muestreo de máxima variación, se identificó el mayor volumen posible de expresiones del fenómeno estudiado (22). Se emplearon dos *instrumentos de recolección de datos*. El primero, la *entrevista semiestructurada* ya que permite explorar las

percepciones subjetivas. El segundo, los *grupos focales* (17) con representantes de cada actor del proceso de certificación. Por último, los datos se analizaron de forma cualitativa a través del uso del software NVivo. Se codificaron y organizaron los datos para un análisis sistemático de tendencias y aspectos emergentes para responder a la pregunta *¿Cuáles son las principales barreras que enfrentan las personas con discapacidad en Colombia para acceder y usar el certificado de discapacidad y los beneficios asociados?*

3. Proceso de certificación en Colombia: Hallazgos del ejercicio investigativo

En Colombia, la certificación de discapacidad se basa en un marco normativo robusto que incluye la Ley 361 de 1997, la cual establece los derechos de las personas con discapacidad y los mecanismos para su integración social y laboral. Este marco se complementa con la adopción de la CIF, que proporciona una metodología estandarizada para evaluar las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de las personas con discapacidad (6). El proceso de certificación de discapacidad en Colombia se desarrolla en varias etapas clave, de acuerdo con la **resolución 1197 de 2024**:

1. **Solicitud de la orden para certificación:** La persona interesada o su persona de apoyo debe solicitar la orden ante la secretaría de salud distrital o municipal de su lugar de residencia, presentando los documentos necesarios, incluida la copia de la historia clínica que incluya el diagnóstico relacionado con la discapacidad.
2. **Verificación de documentación:** La secretaría de salud designará a un profesional calificado para verificar la documentación y determinar si es procedente la generación de la orden para la certificación.
3. **Generación de la orden:** Si la documentación cumple con los requisitos, la secretaría de salud generará la orden para la realización del procedimiento de certificación de discapacidad, especificando la fecha de expedición, el nombre del prestador de servicios de salud asignado y el tipo de valoración a realizar (institucional, domiciliaria o telemedicina).
4. **Asignación de cita:** El prestador de servicios de salud asignado recibirá la orden y la copia de la historia clínica, y deberá asignar la cita para la valoración clínica multidisciplinaria dentro de los diez días hábiles posteriores a la comunicación de la orden.
5. **Valoración clínica multidisciplinaria:** La valoración será realizada por un equipo multidisciplinario conformado por tres profesionales de diferentes disciplinas, incluyendo un médico general o especialista.
6. **Emisión del certificado:** Si la valoración determina que la persona tiene discapacidad, se emitirá el correspondiente certificado y la información se incorporará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

7. **Registro en el sistema de información:** El certificado de discapacidad y la información resultante del procedimiento de certificación se incorporarán directamente en el **Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)**. Este registro hace parte del **Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)**, y es la fuente oficial de información sobre las personas con discapacidad en Colombia. La información registrada será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas.

Dadas las condiciones de desigualdad social que enfrenta buena parte de la población con discapacidad, el proceso de certificación no tiene un valor censal. Primero, este proceso comienza con un ejercicio de autorreconocimiento por parte de la persona con discapacidad, lo que implica que no todas las personas se registran. Segundo, no cubre a la totalidad de la población, ofreciendo una visión fragmentada. Finalmente, asumir la certificación como base censal y proceso de caracterización de la población resultaría en la formulación de políticas públicas basadas en datos sesgados e incompletos.

En la investigación se identificó que el proceso presenta variaciones a nivel territorial. La primera variación se presenta en relación a los *tiempos*. La duración requerida para completar el proceso de certificación de discapacidad varía considerablemente dependiendo la ubicación geográfica, la disponibilidad de recursos y la eficiencia de las instituciones involucradas. En general, se observa que las personas en áreas rurales y de alta dispersión enfrentan tiempos de espera más largo. La falta de infraestructura y conectividad también contribuye a estos retrasos. Esto se agrava en áreas remotas, donde la conectividad es escasa o inexistente, retrasando la carga de documentos y la realización de evaluaciones por telemedicina. Los trámites administrativos son frecuentemente engorrosos y pueden generar demoras significativas. La necesidad de completar múltiples formularios y la falta de claridad en los procedimientos aumentan los tiempos de espera.

La segunda variación está vinculada a la *documentación*. La certificación requiere de documentos que son esenciales para la evaluación y emisión del certificado. La consolidación de la historia clínica y las evaluaciones y pruebas de esta documentación se dificulta en muchas regiones por la dificultad en el acceso a especialistas necesarios para realizar evaluaciones precisas.

Un tercer factor que incide en las variaciones a nivel territorial, se encuentra relacionado con la *claridad de la información*. La accesibilidad de la información sobre el proceso de certificación es crucial para garantizar que las personas con discapacidad puedan completar el trámite de manera efectiva. Sin embargo, la falta de campañas de sensibilización y difusión

adecuadas contribuye a la desinformación. La información sobre los beneficios del certificado y los pasos necesarios para obtenerlo no está suficientemente difundida. La dependencia de métodos informales como el "voz a voz" puede resultar en la propagación de información incompleta o incorrecta, lo cual genera más confusión.

Finalmente, el cuarto factor relacionado con *la incidencia de la formación permanente del personal médico*. La falta de formación específica en temas de discapacidad y en el proceso de certificación genera desinformación entre los profesionales de la salud. Este hecho se configura como es una de las barreras más identificadas por los entrevistados, lo que se traduce en una orientación deficiente, donde los pacientes no reciben las indicaciones correctas para iniciar y completar el proceso.

La falta de sensibilización y conocimiento sobre el enfoque biopsicosocial de la discapacidad limita la capacidad de los médicos para evaluar adecuadamente el impacto de la discapacidad en la vida de los consultantes,

por ejemplo, a veces la historia dice que la persona tiene una epilepsia y ya, pero la epilepsia por sí no es una discapacidad, la epilepsia genera una discapacidad, (...) pues, orientar mucho también a las personas con una discapacidad como tal para que ellos conozcan y puedan exigirle al médico para que hagan su código CIE- 10 de la discapacidad real que presenta (Comunicación personal, GF Bogotá. 2022)

3.1. Situación del proceso de certificación en zonas rurales dispersas

En los departamentos de Amazonas, Vaupés, Nariño y Chocó, la falta de conocimiento sobre el certificado de discapacidad y su utilidad es un problema recurrente. La comunidad muestra una percepción negativa y refieren un manejo inadecuado del proceso por parte de las entidades públicas. Además, la alta rotación de profesionales y la falta de equipos multidisciplinarios permanentes en estas zonas agravan la situación.

Por otra parte, el enfoque étnico es crucial para comprender la percepción y el conocimiento del certificado en estas comunidades. La noción de discapacidad varía significativamente entre los pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes, afectando cómo se percibe y utiliza el certificado. Esta falta de articulación y claridad contribuye a que el certificado sea visto como irrelevante o ineficaz, afectando su adopción y reconocimiento, evidenciando dos posturas: una, la certificación puede ser vista como una imposición externa que no respeta las dinámicas comunitarias y culturales; y dos, a falta de información clara y precisa sobre los beneficios reales del certificado genera expectativas infundadas y frustración en la comunidad.

«Voy a hablar como autoridad indígena en el departamento del Amazonas. Nosotros hemos dejado eso para nosotros, no nos sirve porque aquí no hay gobernabilidad, no hay respeto en la población en condiciones» (Grupo1_GF_Leticia)

La implementación de políticas implica adaptar los procesos y la comunicación a las realidades culturales y sociales de las comunidades, asegurando que las expectativas se alineen con los beneficios reales y tangibles que el certificado puede ofrecer.

El proceso de certificación de discapacidad en los departamentos señalados se ve afectado por las dinámicas de conflicto armado. En primer lugar, la movilidad restringida debido a la inseguridad y la presencia de grupos armados constituye una de las principales barreras que enfrentan los equipos multidisciplinarios responsables de la certificación de discapacidad. En regiones como Vaupés y Chocó, los constantes enfrentamientos y la presencia de minas antipersonales dificultan el acceso a las comunidades. Esta situación limita la capacidad de los equipos para realizar evaluaciones y certificaciones, dejando a muchas personas sin acceso a estos servicios cruciales. El personal de salud en estas regiones enfrenta una carga de trabajo significativa y estrés debido a la falta de recursos y al ambiente de inseguridad. La alta rotación de profesionales y la escasez de equipos multidisciplinarios permanentes afectan la calidad y continuidad del servicio de certificación.

3.2.Principales barreras para el proceso de certificación en Colombia

Las barreras no solo limitan el acceso a los beneficios asociados con la certificación, sino que también perpetúan la exclusión y la discriminación. La caracterización de las barreras permitió el abordaje de los impactos diferenciados por actor.

3.2.1. Barreras relacionadas con la falta de formación permanente del personal de salud

Los médicos tratantes no están familiarizados con los procedimientos y requisitos específicos para la certificación de discapacidad, lo que puede llevar a una mala orientación a los consultantes sobre cómo acceder a este beneficio, tal como lo indica una de las enfermeras vinculada a una IPS certificadora:

Yo creo que el problema más grande que existe ahora es la falta de formación de los profesionales. (...) Si yo le voy a pedir al médico el certificado con discapacidad, pero el médico me pregunta ¿para qué lo quiere si su chino no hace nada? Se convierte en la primera barrera (Comunicación personal, Bogotá. 2022)

Los médicos tratantes a menudo no tienen la formación necesaria para comprender el concepto de discapacidad, lo que limita su capacidad para evaluar adecuadamente el impacto en la vida de las personas. Lo anterior se convierte en un asunto sustancial, dado que es el médico tratante el actor que activa el proceso de certificación.

A partir de los datos fue posible identificar que una causa del fenómeno resaltado es la alta rotación de profesionales. Los médicos a menudo no pueden coordinar eficazmente con otros profesionales para realizar evaluaciones integrales, lo que afecta la calidad del proceso de certificación. La falta de familiaridad de los médicos tratantes con los procedimientos y requisitos específicos para la certificación de discapacidad resalta la necesidad crítica de formación permanente. La desinformación entre los profesionales de la salud crea barreras significativas para las personas con discapacidad que buscan acceder a los beneficios a los que tienen derecho.

3.2.2. Barreras relacionadas con la desinformación de la Ruta de Atención

Muchas personas no conocen los beneficios que ofrece este documento ni la ruta para obtenerlo. Este desconocimiento genera confusión y obstaculiza el acceso a derechos fundamentales. Algunos entrevistados expresaron su sorpresa al descubrir los beneficios que otros habían obtenido mediante el certificado, lo que evidencia una falta de divulgación efectiva por parte de las autoridades competentes. Una participante del estudio señala:

«Yo creo que una de las mayores dificultades es que el Estado, a nivel local, no es claro en lo que ofrece. Entonces, yo hace mucho tiempo pensé que declarar, no reconocirme como persona con discapacidad ni iba a poner una doble etiqueta. (Grupo1. Bogotá, 2022)

La desinformación tiene una interrelación con el proceso de autorreconocimiento y los mecanismos de difusión de la información.

3.2.3. Barreras Tecnológicas y Logísticas

El acceso a las Tecnologías de la Información y la Comunicación además de la claridad del proceso de certificación juegan un papel significativo en el proceso. La plataforma digital utilizada para la certificación es inaccesible en muchas zonas rurales debido a la falta de conectividad a internet. Este problema se agrava en áreas remotas donde la infraestructura tecnológica es deficiente. Los profesionales de la salud informan sobre las dificultades para cargar la documentación de los pacientes, lo que retrasa el proceso y aumenta la frustración tanto de los usuarios como de los certificadores. Aun ante los problemas estructurales relacionados con la cobertura de las tecnologías para la información y la comunicación, las instituciones prestadoras de servicios de salud despliegan recursos para mitigar los impactos de las fallas estructurales.

Los profesionales de la salud y certificadores encuentran dificultades tecnológicas y logísticas en la implementación de la certificación. La falta de acceso a internet y la plataforma digital complicada ralentizan su trabajo. Además, enfrentan la falta de capacitación y recursos, como se evidencia en la necesidad de intérpretes de lengua de señas.

Estos profesionales también lidian con la complejidad administrativa y la falta de claridad en los procedimientos.

3.2.4. ***Barreras Administrativas y Burocráticas***

La documentación requerida y los procedimientos administrativos son a menudo complejos y engorrosos. La confusión en la ruta de atención, junto con la falta de claridad en la información proporcionada por las entidades gubernamentales y las IPS, retrasa los plazos de atención y genera frustración entre los solicitantes.

Entre tanto, las personas con discapacidad y sus familias se enfrentan principalmente a la desinformación, la estigmatización y las barreras burocráticas. La confusión sobre la ruta de atención y los beneficios del certificado es común, al igual que el temor al estigma social. La falta de información adecuada sobre el proceso y los beneficios del certificado de discapacidad impide que muchas familias busquen la certificación, lo que a su vez limita su acceso a servicios esenciales.

Por otra parte, los líderes comunitarios y colectivos de discapacidad trabajan para divulgar información y facilitar el proceso de certificación, pero enfrentan barreras significativas debido a la desinformación y la falta de recursos. A pesar de sus esfuerzos, la difusión de la información no siempre es efectiva. Un líder comunitario destaca: “nosotros lo estamos haciendo voz a voz. Porque como tenemos el conocimiento en los puntos donde están o en los barrios donde están las personas con discapacidad”. Estos líderes también enfrentan la tarea ardua de combatir el estigma social y promover el autorreconocimiento entre las personas con discapacidad.

4. Discusión

Pinilla-Roncancio (4) argumenta que la discapacidad en América Latina está fuertemente relacionada con la pobreza y la exclusión social. Este vínculo perpetúa un ciclo de marginalización, donde las personas con discapacidad tienen menores tasas de escolaridad, mayores tasas de desempleo y peores condiciones de salud en comparación con la población general. Este análisis es particularmente relevante en las zonas rurales de Colombia, en donde se agrava debido a la dispersión geográfica y la insuficiencia de infraestructura. La limitada disponibilidad de recursos y profesionales capacitados, junto con la escasez de infraestructura tecnológica y conectividad, dificultan significativamente el acceso a la certificación de discapacidad y a los beneficios asociados.

El marco conceptual también identifica la complejidad burocrática y la falta de capacitación adecuada de los profesionales como barreras críticas. Raggia et al. (5) señalan que la complejidad de los sistemas administrativos y las diferencias culturales en las definiciones

de discapacidad complican el proceso de certificación. Esta complejidad puede desincentivar a las personas con discapacidad a solicitar la certificación debido a la confusión y los obstáculos administrativos (5). Además, la falta de formación específica significa que los profesionales de la salud pueden no estar bien equipados para manejar adecuadamente el proceso de certificación, lo que lleva a evaluaciones inconsistentes y errores (5). La complejidad burocrática se refleja también en las barreras relacionadas con la desinformación. Muchas personas no conocen los beneficios que ofrece este documento ni la ruta para obtenerlo.

De otra parte, la interrelación entre la falta de formación permanente del personal médico y el proceso de certificación, se constituye en un aporte conceptual para comprender el impacto social de este hecho. Pinilla-Roncancio (4, pág. 1015) señala que la desigualdad se ve exacerbada por la falta de formación de los médicos, que no están equipados para proporcionar el nivel de atención necesario para esta población. Leal (2, pág. 54) observa que "la discriminación que hace la sociedad, producto de la lástima o rechazo, no permite que los seres humanos se desarrollen plenamente". La falta de formación en los médicos puede perpetuar esta estigmatización, ya que no están preparados para manejar adecuadamente las interacciones con personas con discapacidad.

Un elemento que se constituye en un elemento innovador es lo relacionado con *las barreras tecnológicas y logísticas*. El estado del arte y el marco conceptual atañen a elementos que se fundamentan en los recursos o en las interacciones entre los actores participantes en el proceso de certificación. Consolidar esta tipología se constituye en un aporte porque destaca y argumenta la importancia de la infraestructura tecnológica y la conectividad en el proceso de certificación de discapacidad en zonas rurales, un asunto que no fue profundizado en las investigaciones analizadas en el estado del arte. Este argumento es crucial porque demuestra que la tecnología, a pesar de su potencial para facilitar procesos, puede también profundizar desigualdades si no está disponible de manera equitativa.

5. Conclusiones

El proceso de certificación de discapacidad en Colombia enfrenta múltiples barreras que limitan su efectividad y equidad. Este estudio ha identificado barreras específicas y ha propuesto enfoques para superarlas, promoviendo una mayor inclusión social y acceso a los derechos para las personas con discapacidad.

La incidencia de la formación permanente en el proceso de certificación: La discusión sobre las barreras relacionadas con la falta de formación permanente de los médicos tratantes subraya la necesidad de implementar programas de educación continua y capacitación específica en el enfoque biopsicosocial de la discapacidad. Esto no solo mejoraría la calidad de las evaluaciones y diagnósticos, sino que también

ayudaría a reducir la estigmatización y mejorar la orientación proporcionada a las personas con discapacidad, facilitando su acceso a los beneficios y servicios necesarios para su inclusión social y económica.

Desigualdad y acceso limitado a servicios: La pobreza y la exclusión social están fuertemente relacionadas con la discapacidad en Colombia, perpetuando un ciclo de marginalización. Las personas con discapacidad tienen menores tasas de escolaridad, mayores tasas de desempleo y peores condiciones de salud en comparación con la población general. Esto es especialmente grave en zonas rurales dispersas como Amazonas, Vaupés, Nariño y Chocó; donde la falta de infraestructura y conectividad agrava estas desigualdades. Abordar estas disparidades es crucial para mejorar el acceso a servicios esenciales y oportunidades de desarrollo económico y social.

Desinformación y estigmatización: Son ampliamente desconocidos los beneficios del certificado de discapacidad y cómo obtenerlo, lo que genera confusión y obstaculiza el acceso a derechos fundamentales. Además, la estigmatización social de la discapacidad afecta negativamente la autoimagen de las personas con discapacidad y su inclusión social. Desmitificar la certificación y educar tanto a la sociedad como a los profesionales sobre su valor como herramienta de accesibilidad es crucial para fomentar una cultura más inclusiva y comprensiva.

Barreras tecnológicas y logísticas: La falta de acceso a internet y la infraestructura tecnológica deficiente en áreas rurales dificultan el uso efectivo de plataformas digitales para la certificación de discapacidad. Considerar el contexto geográfico y socioeconómico al diseñar e implementar políticas de certificación es vital para superar estas barreras.

Para superar estas barreras, es fundamental adoptar un enfoque integral que considere las múltiples dimensiones de la discapacidad, mejore la capacitación de los profesionales de la salud y simplifique los procesos administrativos. Además, es necesario promover campañas de sensibilización y educación, mejorar la infraestructura tecnológica y garantizar que las políticas de certificación sean inclusivas y adaptadas a las realidades culturales y socioeconómicas de todas las comunidades.

Referencias

1. Levin, A. (2024). El trabajo con el certificado de discapacidad: Un estudio sobre las estrategias profesionales en el monovalente de salud mental infanto-juvenil argentino. *Runa*, 45(1), 227-246. <https://doi.org/10.34096/runa.v45i1.12088>
2. Leal, I. (2017). Proceso de calificación y certificación de la incapacidad de los asegurados por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en el contexto del marco jurídico venezolano. *Iustitia Socialis. Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas*, 2(3), 54-69.
3. Moreno-Angarita, M., Cortés-Reyes, E., Cárdenas-Jiménez, A., Mena-Ortiz, L. Z., & Giraldo-Rátiva, Z. (2013). Construcción de una herramienta para certificar la discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 15(4), 517-528.
4. Pinilla-Roncancio, M. (2015). Discapacidad y protección social en los países de América Latina. *Disability & Society*, 30(7), 1005-1020. <https://doi.org/10.1080/09687599.2015.1059316>
5. Raggia, A., Covelli, V., Pagani, M., Meucci, P., Martinuzzi, A., Buffoni, M., Russo, E., & Leonardi, M. (2014). Sociodemographic features and diagnoses as predictors of severe disability in a sample of adults applying for disability certification. *International Journal of Rehabilitation Research*, 37(2), 180-186. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000054>
6. Cortés-Reyes, E., Riveros, L. T., & Pineda-Ortiz, G. A. (2013). Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y certificación de discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 15(1), 129-137.
7. Neves-Silva, P., & Álvarez-Martín, E. (2014). Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 19(12), 4889-4898. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.17142013>
8. Guzmán-Suárez, O. B. (2013). Certificación de discapacidad como herramienta para la accesibilidad a derechos e inclusión social. *Revista de Salud Pública*, 15(1), 149-157.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, noviembre 1). Certificación de discapacidad. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/certificacion.aspx>
10. Salazar-Villanea, M., Prada-Murillo, I., & Araya-Tijerino, A. (2024). Discapacidad cognitiva in-visibilizada: Rutas de evaluación y certificación en Costa Rica. *Revista Costarricense de Psicología*, 43(1), 1-28. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v43i01.02>
11. Barbosa, S. D., Villegas Salazar, F., & Beltrán, J. (2020). El modelo médico como generador de discapacidad. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 37(2), 113-124. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4303>
12. Barron, B. A. (2001). Disability certifications in adult workers: A practical approach. *American Family Physician*, 64(9), 1579-1586.
13. Frank, J. R., Snell, L., & Sherbino, J. (Eds.). (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

- Disponible en: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-e.pdf>
14. Fundación Saldarriaga Concha. (2019). Personas con discapacidad: Inclusión social y situación en Colombia. Recuperado de https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pcd_discapacidad_inclusion_social.pdf
 15. Gómez, A. (2010). Comprender el “mundo de los participantes” a través de la inmersión significativa en su mundo. Referencias de Sherryl Conroy.
 16. Gómez Gamero, M. E. (2012). El proceso de certificación de competencias profesionales del formador ocupacional: un estudio comparado entre España y México [Tesis doctoral, Universidad de Valladolid]. Facultad de Educación y Trabajo Social, Departamento de Pedagogía.
 17. Hayward, Simpson, & Wood (2004). Focus Groups in Social Research. Referencias de técnicas de recolección de datos.
 18. Levin, A. (2022). Organización desigual del cuidado en salud mental infanto-juvenil: Estudio sobre las responsabilidades sociales y la certificación de discapacidad en un hospital argentino. *Maguaré*, 36(1), 17-37. <https://doi.org/10.15446/mag.v36n1.100868>
 19. Mieles, Tonon, & Alvarado (2012). Análisis temático en investigación cualitativa. Referencias metodológicas.
 20. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Resolución 1239 de 2022 – Certificación de Discapacidad. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201239%20de%202022.pdf
 21. Rocha, R. N. M., Fernandes, F. C., & Nunes, R. (2020). Assessment of individuals with disabilities in Latin America: A comparative study of the legislation. *International Archives of Medicine*, 13(14). <https://doi.org/10.3823/2630>
 22. Sáenz de Ormijana, J. (2015). Estrategia de muestreo de máxima variación en estudios cualitativos. Referencias de muestreo.
 23. ONU - United Nations- (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Retrieved from <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
 24. World Health Organization -WHO- (2011). **World report on disability**. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>

Este preprint fue presentado bajo las siguientes condiciones:

- Los autores declaran que son conscientes de que son los únicos responsables del contenido del preprint y que el depósito en SciELO Preprints no significa ningún compromiso por parte de SciELO, excepto su preservación y difusión.
- Los autores declaran que se obtuvieron los términos necesarios del consentimiento libre e informado de los participantes o pacientes en la investigación y se describen en el manuscrito, cuando corresponde.
- Los autores declaran que la preparación del manuscrito siguió las normas éticas de comunicación científica.
- Los autores declaran que los datos, las aplicaciones y otros contenidos subyacentes al manuscrito están referenciados.
- El manuscrito depositado está en formato PDF.
- Los autores declaran que la investigación que dio origen al manuscrito siguió buenas prácticas éticas y que las aprobaciones necesarias de los comités de ética de investigación, cuando corresponda, se describen en el manuscrito.
- Los autores declaran que una vez que un manuscrito es postado en el servidor SciELO Preprints, sólo puede ser retirado mediante solicitud a la Secretaría Editorial deSciELO Preprints, que publicará un aviso de retracción en su lugar.
- Los autores aceptan que el manuscrito aprobado esté disponible bajo licencia [Creative Commons CC-BY](#).
- El autor que presenta el manuscrito declara que las contribuciones de todos los autores y la declaración de conflicto de intereses se incluyen explícitamente y en secciones específicas del manuscrito.
- Los autores declaran que el manuscrito no fue depositado y/o previamente puesto a disposición en otro servidor de preprints o publicado en una revista.
- Si el manuscrito está siendo evaluado o siendo preparando para su publicación pero aún no ha sido publicado por una revista, los autores declaran que han recibido autorización de la revista para hacer este depósito.
- El autor que envía el manuscrito declara que todos los autores del mismo están de acuerdo con el envío a SciELO Preprints.