



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

[2018]

Orientaciones Conceptuales Y Metodológicas De Rehabilitación (Funcional /Integral) Para El Componente Primario De Atención En Salud

Edwin Hernán Meza Rosero

Investigador principal Fisioterapia

Diana Fique

Sandra Rodríguez

Co-investigadoras Fonoaudiología

Corporación Universitaria Iberoamericana

Facultad de Ciencias de la Salud

Alejandra Jiménez

Investigadora principal ECR

Guillermo Rodríguez

Co-investigador ECR



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

Orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación (funcional /integral) para el componente primario de atención en salud

Conceptual and methodological rehabilitation guidelines (functional / integral) for the primary component of health care

Investigador principal Iberoamericana: Edwin Hernán Meza Rosero

Coinvestigadora Iberoamericana: Diana Fique Ortega

Coinvestigadora Iberoamericana: Sandra Rodríguez

Investigadora principal ECR: Alejandra Jiménez

Coinvestigadores ECR: Guillermo Rodríguez

Diciembre 2018

Asistentes de Investigación

ALBARRACIN / REYES, ADRIANA S., BARBOSA / URREA, JOHANA K., BOTTON /BERNAL, LAURA C. CAMARGO / GALINDO, ANDREA T. CORTES / FIERRO, MARIAN L. CUCHIMAQUE / ORTIZ, LAURA V. GARCIA / CUEVAS, ANGIE C. GUERRERO / LOPEZ, ERIKA M., ANNY Z. MONTAÑEZ / VARGAS, HAROLD S. NOVOA / ORJUELA, VANESSA T. REINA / AMAYA, DAISSY RODRIGUEZ / GUERRERO, LAURA D., RODRIGUEZ / RAMIREZ, ANDREA M. ROMERO / ACOSTA, MARIA K. VARGAS / LOPEZ, HEIDY A. VILLAMIL ROJAS, YON L. DANIEL ENRIQUE PUENTES, NATALHY CARRASCAL, KAREN ABRIL, MONICA ROJAS, ALEJANDRA CAÑON, ANGIE SALINAS.

Resumen

Este proyecto tomo como punto de partida dos elementos problemáticos en salud para el caso colombiano. El primero con relación a las oportunidades que la Política Integral de Atención en Salud (PAIS 2016) en términos de generar equidad en salud a partir del fortalecimiento de la capacidad resolutive de componente primario de atención y la segunda, frente a la discusión sobre el acceso e integralidad de la rehabilitación para las personas con Discapacidad. Este estudio tiene el objetivo de Proponer las orientaciones conceptuales y metodológicas para responder a los desafíos planteados específicamente por el componente primario de atención en salud en el marco de la PAIS.

Metodológicamente la investigación se desarrolló desde la perspectiva cualitativa, con un diseño de teoría fundamentada y la información se recogió aplicando 17 entrevistas semiestructuradas y 2 grupos focales, las cuales fueron sistematizadas y analizadas a través de la codificación abierta y axial, para obtener 7 categorías de análisis. Los resultados evidencian que los servicios de rehabilitación de base comunitaria deben desarrollarse aprovechando el dialogo íntimo que este servicio tiene con la rehabilitación basada en comunidad y que la presencia de la estrategia en los diferentes escenarios debe ser un insumo clave para la aplicación de los servicios comunitarios. La normatividad nacional sienta las condiciones para el desarrollo de este servicio, especialmente en la estructura de redes, pues la rehabilitación de base comunitaria se puede considerar como rehabilitación con propósito, en una articulación armónica que oriente los procesos con los usuarios hacia planes y proyectos de vida.

Palabras Clave: Rehabilitación; Participación de la Comunidad; Atención Primaria de Salud.

Fuente DeCs

Abstract

This project took as starting point two problematic elements in health for the Colombian case. The first one in relation to the opportunities that the Comprehensive Health Care Policy (PAIS 2016) in terms of generating equity in health from the strengthening of the resolution capacity of the primary care component and the second, in front of the discussion on access and integrality of rehabilitation for people with disabilities. The purpose of this study is to propose conceptual and methodological guidelines to respond to the challenges posed specifically by the primary component of health care within the PAIS framework. Methodologically, the research was developed from a qualitative perspective, with a grounded theory design and information was collected applying 17 semi-structured interviews and 2 focus groups, which were systematized and analyzed through open and axial coding, to obtain 7 categories of analysis. The results show that community-based rehabilitation services should be developed taking advantage of the intimate dialogue that this service has with community-based rehabilitation and that the presence of the strategy in the different scenarios should be a key input for the application of community services . The national regulations set the conditions for the development of this service, especially in the network structure, since community-based rehabilitation can be considered as rehabilitation with purpose, in a harmonic articulation that guides the processes with users towards plans and projects of lifetime

Key words: Rehabilitation; Community Participation; Primary Health Care; . Fuente DeCs

Índice General

Introducción	1
Contextualización	1
Planteamiento del Problema.....	2
Pregunta de investigación.	5
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.	6
Consideraciones Éticas	7
Capítulo I Fundamentos Teóricos	8
Puntos de referencia	8
Aproximaciones a la Atención Primaria en Salud (APS)	9
Origen e Implementación de la APS.....	9
El camino a la integralidad de la Salud.....	12
Los sistemas de salud y el derecho a la salud	14
Aproximaciones a la Rehabilitación.....	16
La rehabilitación como la búsqueda para la participación.	19
Capítulo II- Metodología	22
Entidades Participantes	26
Capítulo III- Aplicación y Desarrollo	27
Componente documental	27
Guía para para la revisión de documentación científica.	27
Componente Territorial.....	28
Guía para la recolección y registro de información a partir del trabajo en territorios.	28
El mapeo.	29
El grupo focal.....	30

La entrevista semiestructurada.....	31
Insumos desde el análisis estadístico desde Registros en Salud.....	32
Priorización de Territorios.....	53
Perfiles Territoriales.....	54
Análisis territorial de los municipios/ Localidades escogidos.....	55
Análisis territorial de la localidad del Sumapaz.....	56
Consideraciones geográficas.	56
Análisis territorial del municipio de Samaniego.	59
Consideraciones geográficas.	59
Análisis territorial del municipio de Apartadó – Antioquia.....	61
Consideraciones geográficas del territorio.....	61
Capítulo IV- Resultados	66
Parte 1. Bibliometría	66
Análisis de temáticas desarrolladas	77
Transversalidades de programas y modelos de aplicación de proyectos de base comunitaria	77
Categorización de los estudios.....	79
Categoría Medios y herramientas.....	80
Categoría Enfoques.....	81
Categoría realización efectiva de las capacidades para la vida.	83
Trabajo de campo.....	85
Descripción de prestadores de servicios de salud en territorios.....	85
Sumapaz.	85
Samaniego.	88
Apartadó.....	90

Mapeo general de prestadores de servicios de salud en los territorios	93
Sumapaz.	93
Apartadó.	95
Samaniego.	96
Categorización.....	98
Capítulo V Discusión	125
Parte 1. Categorías bibliométricas.....	125
Parte 2. Sobre las categorías temáticas.....	137
Parte 3. Sobre las categorías emergentes y los resultados.....	154
Conclusiones	161
Anexos	164
Bibliografía.....	12

Índice de tablas

Tabla 1. Fases.....	38
Tabla 2. Ubicación PcD por zona.....	42
Tabla 3. Ubicación PcD por departamentos en centro poblado y rural.....	44
Tabla 4. PcD que asisten a servicios de rehabilitación según zonas.....	47
Tabla 5. PcD que han recibido atención por su discapacidad.....	50
Tabla 6. Municipio cuenta con servicios de rehabilitación.....	51
Tabla 7. Porque no recibe servicios de rehabilitación.....	53
Tabla 8. Servicios de rehabilitación de acuerdo con RIPS.....	57
Tabla 9. Distribución según criterios.....	71
Tabla 10. Frecuencia de colaboración entre Países.....	87
Tabla 11. Distribución de artículos por revista y año.....	88
Tabla 12. Clasificación de las revistas según “The SCImago Journal & Country Rank”...90	
Tabla 13. Productividad por instituciones.....	92
Tabla 14. Productividad de autores y publicaciones.....	93
Tabla 15. Distribución de los artículos por año y autor.....	95
Tabla 16. Distribución de Coautoría y año de publicación.....	97
Tabla 17. Servicios reportados en las 4 sedes.....	108
Tabla 18. Reporte de servicios por cada sede o USS.....	109
Tabla 19. Consolidado departamental y municipal Samaniego.....	112
Tabla 20. Servicios prestados Samaniego	113
Tabla 21. Prestadores registrados Apartadó.....	114
Tabla 22. Servicios prestados Apartadó.....	115
Tabla 23. Aspectos generales del territorio de Sumapaz.....	117
Tabla 24. Aspectos generales del territorio de Apartadó.....	119
Tabla 25. Aspectos generales del territorio de Samaniego.....	120

Índice de gráficos

<i>Gráfico 1.</i> Personas con limitaciones permanentes según Censo 2005 DANE.....	40
<i>Gráfico 2.</i> Personas con Discapacidad - PcD. Registro de Localización y Caracterización de PcD - RLCPD 2015.	41
<i>Gráfico 3.</i> Distribución de PcD por zonas.....	43
<i>Gráfico 4.</i> Distribución porcentual de PcD por zonas.....	43
<i>Gráfico 5.</i> Ubicación PcD por departamentos en centro poblado y rural.....	46
<i>Gráfico 6.</i> Distribución porcentual de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.....	47
<i>Gráfico 7.</i> Distribución de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.....	47
<i>Gráfico 8.</i> Distribución porcentual en zona urbana de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.....	49
<i>Gráfico 9.</i> Distribución porcentual en zona rural de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.....	49
<i>Gráfico 10.</i> Distribución porcentual de centro poblado de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.....	49
<i>Gráfico 11.</i> Distribución porcentual de PcD que han recibido atención por su discapacidad total general.....	50
<i>Gráfico 12.</i> Distribución PcD que han recibido atención por su discapacidad por zonas.....	51
<i>Gráfico 13.</i> Distribución PcD que reportaron servicios de rehabilitación por zonas.....	52
<i>Gráfico 14.</i> Distribución porcentual de PcD que reportaron que si contaban con servicios de rehabilitación por zonas.....	53
<i>Gráfico 15.</i> Distribución porcentual de PcD del por qué no recibe servicios de rehabilitación a nivel general.....	54
<i>Gráfico 16.</i> Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en centro poblado.....	55
<i>Gráfico 17.</i> Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en categoría No definido.....	55
<i>Gráfico 18.</i> Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en zona rural.....	56

<i>Gráfico 19.</i> Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en zona urbana.....	56
<i>Gráfico 20.</i> Frecuencias de productividad por año.....	84
<i>Gráfico 21.</i> Frecuencias de productividad por revistas.....	85
<i>Gráfico 22.</i> Frecuencias de productividad por Países.....	86
<i>Gráfico 23.</i> Índice de Coautoría.....	96
<i>Gráfico 24.</i> Categorías temáticas.....	100
<i>Gráfico 25.</i> Servicios reportados en las 4 sedes.....	109
<i>Gráfico 26.</i> Consolidado departamental y municipal Samaniego.....	112
<i>Gráfico 27.</i> Servicios prestados Samaniego.....	113
<i>Gráfico 28.</i> Prestadores registrados Apartadó.....	114
<i>Gráfico 29.</i> Servicios prestados Apartadó.....	115

Introducción

Contextualización

La ley estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, en su artículo 2 establece que “el Estado adoptará políticas para asegurar las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”, sobre una base de integralidad que comprenda la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad.

Esta Ley, permitió dar un giro esencial en la comprensión de la salud como derecho social fundamental, así, constituyó una oportunidad para reorientar las prioridades del sistema de salud hacia el beneficio del ciudadano. En consonancia, el Ministerio de Salud y Protección Social responde formulando la Política de Atención Integral en Salud (PAIS 2016), el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

La PAIS 2016 plantea sus objetivos con el propósito de consolidar un Sistema de Salud centrado, entre otras, en la Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, como una estrategia integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad; tal estrategia armoniza las acciones de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios. En este sentido, abordar la perspectiva de salud familiar y comunitaria desde la atención primaria en salud implica el reconocimiento de la evolución que esta estrategia ha tenido a lo largo de la historia hacia un enfoque de integralidad a través del trabajo intersectorial y participativo.

Dicho de otra forma, el enfoque familiar y comunitario se operan bajo procesos transdisciplinarios de gestión y prestación de servicios sociales y de salud en el marco del componente primario de atención, incorporando planes integrales de cuidado de la salud que incluyen atenciones y acciones para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la enfermedad en las personas, las familias y comunidades, de acuerdo a las potencialidades y necesidades existentes. (PAIS, 2015)

En este contexto, se espera que la capacidad resolutive del componente primario se fortalezca, permitiendo atender a la mayoría de los problemas de salud a partir de prestaciones de baja y mediana complejidad y posibilitando que en este nivel emerjan “servicios de rehabilitación (funcionales/integrales)”.

Planteamiento del Problema

Esta situación favorecerá el acceso a procesos de rehabilitación de las personas con discapacidad en los lugares donde históricamente ha estado ausente la disponibilidad de prestaciones de salud relacionadas con la rehabilitación, en atención a lo expuesto en el parágrafo 1 del artículo 65 del plan nacional de desarrollo 2014-2018, en el cual se establece que el ministerio de salud y protección social adaptaran la política a los ámbitos territoriales, con población dispersa, rural y urbana. (Ley 1753 de 2015).

Así mismo, el reconocimiento de estos servicios promoverá procesos de trabajo enfocados en el manejo de las personas y las comunidades, trasformando, como lo demuestra la experiencia chilena a partir del documento de Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en Atención primaria en salud, quienes ente el 2010 – 2014, trabajaron para insertar el modelo de rehabilitación integral y posicionar a la rehabilitación psicosocial en una línea estratégica para el desarrollo de la salud, así como aumentar la capacidad de respuesta de la red pública a las necesidades de rehabilitación de los usuarios, entregando elementos conceptuales para incorporar el modelo de rehabilitación integral, no se constituyen como una norma pretenden facilitar su implementación.

De otra parte, los servicios de rehabilitación desarrollados en el componente primario de atención en salud deben responder a un enfoque comunitario y familiar que permita que los procesos desarrollados se incorporen en la cotidianidad de sus territorios y garanticen la integralidad y la equidad de la salud y de la rehabilitación en coherencia con la PAIS y el MIAS, así mismo, el proceso condiciona la capacidad de asesorar y orientar los procesos de rehabilitación, además de la entrega de prestaciones propiamente, de la mano con la generación de redes para el acceso a mayores niveles de complejidad.

Ahora bien, las transformaciones al sistema de salud que se proponen desde la PAIS 2016, deben transitar un largo camino para lograr su implementación real, pues requieren ser fundamentadas conceptualmente y metodológicamente, en el caso particular de la rehabilitación, es importante reconocer que Colombia a partir de implementación de la ley 100 del 1993, instaló los procesos de rehabilitación en las prestaciones clínicas de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología desde el segundo nivel de complejidad en adelante. En tal sentido, es necesario construir de cara a un cambio de paradigma de la salud, las orientaciones conceptuales y metodológicas de la rehabilitación para el componente primario. Al respecto, desde la perspectiva de fisioterapia, la Corporación Universitaria Iberoamericana desarrolló en 2014 el proyecto acciones de la Fisioterapia en el marco de la APS, en Cinco Territorios Sociales, el cual reconoce las acciones disciplinares de los fisioterapeutas a partir del reconocimiento de los saberes que al respecto tienen profesionales, estudiantes y docentes. El trabajo de la corporación reconoce elementos clave dentro de este análisis, identificando las actuaciones del fisioterapeuta reconocidas en la literatura, las cuales enunciaremos a continuación (Rodríguez Y, Castro L, Sarmiento F, 2014):

1. La educación en salud. Esta incluye actividades de participación de usuarios, familia y comunidad en general en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Esta educación debe generarse a partir del diálogo crítico con las personas con el ánimo de lograr su empoderamiento con miras a la transformación positiva de su condición de salud a través de su ejercicio pleno de ciudadanía.
2. Actividades domiciliarias. Las orientaciones dadas a las personas y familias están destinadas a las actividades propias del hogar. Es uno de los puntos visibles del ejercicio del fisioterapeuta, debido a la dificultad que presentan los usuarios para el desplazamiento a los centros de salud. No obstante, esto obliga a pensar en que el fisioterapeuta sigue reduciendo sus acciones al manejo de las deficiencias.
3. Actividades grupales. Encaminadas al manejo de enfermedades cardiorrespiratorias y osteomusculares, así como a grupos en situación de discapacidad. Se organizan por género (ejemplo salud de la mujer), grupo etario, entre otros.

4. Actividades con los cuidadores. Es aquí en donde se evidencia dentro de las investigaciones mayor participación por parte del fisioterapeuta.

5. Actividades intersectoriales. Participación reducida.

Sin embargo, dentro de este trabajo se concluye que hay un reconocimiento importante del rol de esta profesión en el desarrollo de actividades de promoción y prevención, aunque haya dificultades identificando la diferencia entre ellas. Así mismo, la percepción de las acciones del fisioterapeuta en procesos de rehabilitación de primer nivel y el desarrollo de acciones intersectoriales que continúan siendo reducidos o ausentes, en consonancia con lo expuesto por la norma.

Desde la perspectiva de fonoaudiología, la universidad del Rosario desarrolló en el 2007 una investigación descriptiva analítica sobre el rol del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención en salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, realizado con el fin de delimitar y definir sus acciones a partir de la recolección dada por medio de una entrevista realizada a fonoaudiólogos que se desempeñan dentro del SGSSS. Su objetivo era delimitar el rol fonoaudiológico en el primer nivel de atención en salud, donde se desarrollan acciones que preserven la salud de la población y la del ambiente, a través de estrategias tendientes a prevenir la aparición de desórdenes comunicativos, la promoción de la salud comunicativa y la calidad de vida de los individuos, grupos y poblaciones, afirman que el fonoaudiólogo es capaz de aportar desde su experticia conocimientos necesarios para diseñar, desarrollar programas y proyectos que permitan disminuir los riesgos que puedan afectar la salud comunicativa y mejorar los estilos de vida saludables de las comunidades. Las categorías que se tuvieron en cuenta fueron: salud pública, plan de atención básica, primer nivel de atención en salud, promoción de la salud comunicativa, prevención de riesgos que generen dificultades comunicativas y acciones del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención. A partir de los datos recolectados a través de las experiencias de cada profesional, se concluyó que el fonoaudiólogo es considerado competente en el primer nivel de atención en salud sino también se especificaron las acciones y funciones que ejecuta en dicho nivel en pro de la calidad de vida y bienestar comunicativo de la población. (Duarte L, Peña M, Piragua L. 2007).

En cuanto a terapia ocupacional se encontró un trabajo realizado en la Universidad del Valle en el año 2013, denominado aproximación a las acciones de la terapia ocupacional en la atención primaria en salud en Colombia, basado en el análisis de la ley 1438 de 2011 la cual crea los equipos básicos de salud, en los cuales no se explicita la participación del Terapeuta Ocupacional, por tal motivo, esta investigación busco construir un planteamiento que ubique al Terapeuta ocupacional como actor de la APS en Colombia, puesto que la profesión tiene un papel en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el trabajo intersectorial , la conformación de redes y la participación social con relación al desempeño ocupacional, este estudio se realizó a través de un diseño cualitativo histórico-comprensivo de orden metodológico etnográfico, comprendió la aplicación de entrevistas semiestructuradas a directores de programas académicos de Terapia Ocupacional de universidades colombianas, terapeutas ocupacionales expertos en salud pública y revisión documental. Como resultados encontraron que se sintetiza como acción y principio la capacidad del terapeuta ocupacional para entender y comprender las interacciones que se dan desde el nivel individual, familiar, social y cultural entre las personas y colectividades con el fin de aportar elementos conceptuales, filosóficos y epistemológicos a la comprensión del desempeño y a la ocupación en el actual contexto social, político, económico y cultural.

Se encuentra que las investigaciones en el área son muy limitadas, por tanto, es necesario armonizar y precisar el alcance de la rehabilitación funcional e integral en el marco de las posibilidades reales que brinda el sistema de salud colombiano en su nuevo ordenamiento con todos sus actores.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles deben ser las orientaciones conceptuales y metodológicas para que la rehabilitación responda coherentemente a los desafíos del componente primario de atención en salud en el marco de la PAIS?

Objetivo General.

Proponer las orientaciones conceptuales y metodológicas para responder a los desafíos planteados específicamente por el componente primario de atención en salud en el marco de la PAIS.

Objetivos Específicos.

- a. Determinar un marco de antecedentes investigativos y de política pública que fundamente el diseño de servicios de rehabilitación en el componente primario de atención.
- b. Identificar desde diferentes perspectivas las necesidades de rehabilitación y las oportunidades brindadas por la red de prestadores en diferentes territorios del ámbito nacional.
- c. Identificar las características en términos de oportunidades y barreras de los servicios de rehabilitación brindadas por la red de prestadores de servicios en salud en los territorios seleccionados del ámbito nacional
- d. Determinar los componentes de los servicios de rehabilitación en función de la identificación de barreras y oportunidades.
- e. Determinar el alcance de los componentes de los servicios de rehabilitación en relación con las acciones disciplinares e interdisciplinarias de los profesionales de rehabilitación.

Consideraciones Éticas

La presente investigación se consideró en la categoría “investigación sin riesgo”, de conformidad con la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en cuyo Artículo 11 manifiesta: “Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio” (República de Colombia, 1993, Resolución N. 008430 de 1993).

Este proyecto requiere la toma de información suministrada libre y voluntariamente por parte de personas usuarias de servicios de rehabilitación, profesionales de la rehabilitación y directivos de instituciones o coordinadores de centros de rehabilitación los interesados. Por tanto, se prevé la firma del consentimiento informado, en el cual se corrobora la decisión de participar voluntariamente en la investigación, de la cual recibieron la información necesaria y la comprendieron adecuadamente. Después de considerar la información, la población tomará la decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación, ni a influencias o incentivos indebidos (República de Colombia, 1993, Resolución N. 008430 de 1993). Dentro del consentimiento informado, se garantizaron el manejo confidencial de los datos y el respeto a las condiciones individuales, humanas y sociales de todos los participantes.

Para el desarrollo del presente proyecto de investigación, los pilares éticos estuvieron sustentados en los principios de **autonomía, veracidad, beneficencia y justicia social** y se ven reflejados con las siguientes determinaciones:

El principio de **autonomía** está reflejado en el respeto por las personas, lo que garantizará a los participantes la posibilidad de responder preguntas y participar voluntaria y libremente en el estudio o retirarse cuando así lo consideraran.

El principio de **veracidad** estará reflejado en el proyecto, atendiendo a las siguientes acciones en el proceso investigativo y en los entregables:

1. Referenciación de todas y cada una de las fuentes de información.
2. Búsqueda y referenciación de información en revistas indexadas.

3. Asesoría por parte de expertos en el objeto de estudio, para obtener orientación objetiva y concreta.
4. Asesoría especializada en la construcción de los protocolos de búsqueda en las bases de datos, con el fin de controlar los sesgos en el proceso de búsqueda.
5. Claridad técnica y metodológica en el proceso investigativo.
6. Consideración de los alcances y limitaciones del estudio, tanto en el proceso como en el producto final.
7. Registro fiel y fidedigno de resultados, conclusiones y hallazgos evidenciados durante y al final del proceso investigativo.

El principio de **beneficencia** se reflejará en el proyecto atendiendo a las siguientes acciones:

1. Profundizar en el campo de estudio de la rehabilitación.
2. Servir de referente técnico para la formulación y actualización de temas relacionados con la rehabilitación.
3. Fortalecer la línea de investigación de desarrollo disciplinar.
4. Servir de base y de modelo para la formulación de proyectos similares en este campo de estudio.
5. Aportar al mejoramiento y proyección de la Escuela Colombiana de Rehabilitación y la Corporación Universitaria Iberoamericana (CUI).
6. Garantizar el manejo confidencial de los datos y el respeto a las condiciones individuales, humanas y sociales de las personas participantes de la investigación.

Desde el pilar ético de la **justicia social**, la presente investigación busca:

1. Mejorar la proyección social de la ECR y la CUI.
2. Garantizar, que los procesos investigativos y de autoevaluación aporten a la misión de la Escuela Colombiana de Rehabilitación (ECR) y la Corporación Universitaria Iberoamericana.

Capítulo I Fundamentos Teóricos

Puntos de referencia

Las perspectivas iniciales para la construcción de los puntos de referencia para el análisis conceptual se establecieron en consonancia con la ley 1751 de 2015, desde la rehabilitación, como eje central, y la atención primaria en salud, como marco general.

En primer lugar, cuando el Estado colombiano reconoce la salud como derecho fundamental autónomo e irrenunciable (artículo 1 Ley 1751 2015), abre la necesidad de comprender a la rehabilitación como un factor clave para su ejercicio, toda vez que, de la mano con la promoción, la prevención de la enfermedad, la paliación y la recuperación, se configura como uno de sus elementos constitutivos. Esto también es evidente en la ley 1438 de 2011 en la cual se establece la APS como "la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios" lo cual hace referencia de manera explícita a la rehabilitación como parte de ésta.

Desde la reflexividad, una postura inicial sobre el tema facilita comprender, analizar, proponer y abordar la rehabilitación en su complejidad. Sobre esta base, la secuencia de posturas que aquí se reconocen se orientan a establecer aproximaciones para situar la rehabilitación y su operacionalización en un enfoque familiar y comunitario, en consonancia con la Ley 1438 de 2011 y la ley 1751 de 2015

Aproximaciones a la Atención Primaria en Salud (APS)

Origen e Implementación de la APS.

Para la década del 70, existían una serie de condiciones frente a la salud de la población mundial, dentro de las cuales se destacan las siguientes características: una grave desigualdad existente en los procesos de salud de la población, específicamente entre los llamados países en desarrollo, los países desarrollados y los países subdesarrollados, esta misma desigualdad se observaba al interior de los países, lo que en ese momento fue leído como un motivo de preocupación y llamado de atención para todos (1).

Los sistemas de producción y el desarrollo económico fueron elementos que generaron desigualdad y falta de acceso a los servicios de salud en los grupos más

oprimidos de la población. Así como la convicción de que la salud era un derecho del pueblo, quien además tiene la obligación de participar en la planificación e implementación de los procesos de atención en salud y por otro lado están los gobiernos que tienen la obligación de cuidar y mantener la salud de las personas y comunidades y para ello deben implementar la adopción de medidas sanitarias y sociales para cumplir dicho objetivo (1).

Unido a lo anterior, la Atención Primaria en Salud (APS) aparece en un momento sociopolítico particular, en el que existía una disputa entre los sistemas socialista y capitalista. Además, en el marco de la guerra fría, en la cual las consecuencias para la población habían sido devastadoras y que de una u otra forma tienen incidencia directa en las políticas implementadas para garantizar el derecho a la salud de cada población. Ante los vacíos existentes en cada una de las propuestas se evidencia la necesidad y se crea la oportunidad de realizar un encuentro con los líderes mundiales en el cual se buscan espacios para crear y promover una o varias estrategias que permitan garantizar la salud de toda la población, lo cual queda plasmado en uno de los párrafos de la declaración de Alma Ata, en la cual queda como un acuerdo de estrategia para implementar: "...La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social..." (2).

De dicha estrategia se esperaba que al ser implementada permitiera que se cerraran las brechas de desigualdad y acceso a los servicios de salud y mejorar las condiciones de salud de las poblaciones; a partir de este momento se posesionó el tema y se continuó trabajando para cumplir con los objetivos propuestos en Alma Ata, donde se buscó formar una estrategia común para resolver los problemas de la región, que inicialmente en el año de 1994 fortalecería los conceptos que ya se habían estructurado y evaluaría elementos que venían evidenciándose con mayor fuerza. Se pretendía que para el año 2000, estas estrategias fueran implementadas, se observó que en algunos casos hubo respuestas positivas, aunque para el año propuesto fue evidente que no habían generado los resultados esperados, pues cada país tomó el concepto y lo acopló a sus normativas, políticas y reglamentaciones ya existentes. Esto trajo como consecuencia que este tema tuviera que retomarse como parte fundamental de los objetivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales se pensaron y plantearon para que se

articularen con los propuestos por otras entidades internacionales, tales como la declaración del milenio de las Naciones Unidas y la OMS. Tanto así que Margaret Chan Directora general de la OMS en el 2006 señala que:

“(…) La APS es la piedra angular para la construcción de la capacidad de los sistemas de salud. Es también central para el desarrollo de la salud y para la seguridad en salud de la comunidad”. La anterior cita es una muestra de que cuando la APS fue creada siempre se pensó para que fuera una política pública mundial dirigida a lograr metas concretas de equidad en salud.

Parafraseando la definición de Alma-Ata, se puede plantear que la APS se entiende como una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Bajo la ideología en la que se creó la APS, se espera que esta haga parte primordial e integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, del desarrollo social y económico global de la comunidad. Así mismo, dentro de los pilares epistemológicos de la APS se propone que esta representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (2).

Siguiendo con el desarrollo de algunos de los planteamientos de la APS, se sugiere que como elemento fundamental de los programas de esta apuesta se logre garantizar que la población tenga un acceso universal y equitativo, con atención integral e integrada al modo de vida de la comunidad y acorde a satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Lo anterior se hace visible al observar los planteamientos de Starfield, quien afirma que una de las principales características de la APS es la accesibilidad, la cual se entiende como la provisión eficiente de servicios de salud en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales; también plantea como elemento de importancia la coordinación, que se entiende como la suma de las acciones

y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria; como tercer elemento el autor plantea la integralidad y la define como la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%); también menciona la longitudinalidad, la cual es entendida como la posibilidad de hacer seguimiento a los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero.

Es importante tener en cuenta que las características de cada población tienen incidencia directa en la salud de las comunidades, por lo tanto, un sistema de salud que se oriente a la atención primaria sería de gran utilidad para la sociedad y para el gobierno que busque generar respuestas para las situaciones particulares de los distintos grupos poblacionales.

El camino a la integralidad de la Salud.

Dadas las dificultades y los retos que como país se tienen en materia de Salud, para el año 2015, el Estado Colombiano declaró la Salud como un derecho fundamental, superando la condición de prestar servicios en salud y reconociendo que es apremiante buscar soluciones estructurales a los problemas de la atención relacionados con la calidad, la oportunidad y el acceso a los servicios; de esta manera se busca transformar positivamente las condiciones, los servicios y dinámicas de la atención en salud. Estas transformaciones también están dadas en cambios que implican una renovación en las formas en que los actores involucrados se relacionan. (Ley Estatutaria 1751 de 2015).

Para llegar a desarrollos de Ley, como la Ley Estatutaria y abordar el componente de Salud, Colombia ha tenido varios momentos jurídicos, vale la pena mencionar que a través de la Ley 10 de 1990, en el Sistema Nacional de Salud, se establecieron unos principios básicos e incipientes que buscaban establecer un servicio público de salud, entre ellos se encontraban la universalidad, participación ciudadana y comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional (Ramírez, Rocha, Durando y Rodríguez. 2016), estos principios buscaron mejorar el acceso a los servicios de salud, sin embargo, no se reconocía a la salud como un derecho fundamental para la población. Posteriormente con la Ley 100 de 1993 se dieron cambios influenciados por las tendencias neoliberales del contexto global (Gómez y Nieto, 2014); pero se hace un

avance importante en cuanto a principios rectores del ahora llamado Sistema General de Seguridad Social Integral, se incluyen los principios de eficiencia, solidaridad, integralidad y unidad (Artículo, la ley estatutaria) ; sin embargo con un enfoque económico de la salud en donde la ley se basó en una serie de argumentaciones que se alejaban y no correspondían con la realidad y necesidades de las personas comunidades del territorio colombiano. Lo que generó que a partir de este momento la APS, sus apuestas y en general la atención en salud se convirtieran en elementos del mercado de bienes y servicios.

Este tipo de transformaciones políticas hicieron que por casi una década fueran invisibilizadas las apuestas de la APS, tras lo cual reaparece el concepto de APS “renovada” en el año 2004, para ser implementada dentro del modelo neoliberal, profundizado dentro del país.

Recientemente en Colombia, la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud) ha tomado varios elementos del Derecho para resaltar su naturaleza como derecho fundamental, de esta manera ha basado su abordaje de la salud, desde la Declaración de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación 14 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y la Constitución Política de Colombia (Ramírez, Rocha, Durando y Rodríguez. 2016). La Ley declara principios de continuidad, integralidad, oportunidad y accesibilidad.

En la ley se define el principio de continuidad como aquel en que, “las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas...” (Ley estatutaria 1751 de 2015).

El principio de integralidad se refiere a que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, así como trabajar sobre las condiciones que afectan la salud de las personas, teniendo en cuenta un sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en deterioro de la salud de las personas (Ley 1751 de 2015).

El principio de oportunidad se refiere a la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o

su salud (Ministerio de Salud, 2015). Para el sistema representa un desafío, en términos de los recursos (humanos, técnicos, tecnológicos), así como el de contar con los espacios y el tiempo adecuado en el que se pueda intervenir de manera más positiva y preventiva.

El principio de accesibilidad implica acortar las brechas entre las personas y los sistemas de organización gubernamental, en el ámbito de la salud, se refiere también a trabajar frente a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas por cada uno de los países (OMS, Asamblea Mundial de Salud, 2009), esto implica una importante responsabilidad en términos de favorecer la justicia social y trabajar sobre condiciones evitables y con esto garantizar que las personas puedan recibir un servicio de salud de calidad, eficiente y equitativo (Ramírez, Rocha, Durando y Rodríguez. 2016). Bajo se propenderá por la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información. De esta manera se transforma la perspectiva de la salud, como la oferta de los servicios derivada de la lógica del mercado y se enfoca en los determinantes sociales, mediante los que el Estado asume la responsabilidad de adoptar políticas encaminadas a disminuir las desigualdades que afectan el goce del derecho a la salud. (Ramírez, Rocha, Durando y Rodríguez. 2016).

Los sistemas de salud y el derecho a la salud

No es objeto del presente documento dar cuenta de la situación global en detalle en términos de acceso y cubrimiento de los servicios de salud y sus cambios en los últimos años, sin embargo, existen unas características que se han dado tras los cambios políticos y económicos de los distintos países. La idea es mencionar algunos ejemplos de la incidencia de los procesos mencionados anteriormente en la prestación, acceso y beneficios obtenidos de los servicios de salud.

En África subsahariana: por las condiciones políticas y económicas de la región, se vieron obligados a reducir la inversión en salud. También se observa que en países post comunistas: aumentó la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB; se redujo el acceso a los servicios; aumentó el uso irracional de medicamentos; se produjo un

empobrecimiento a largo plazo; el fraccionamiento de oferentes y la multiplicidad de actores ocasionaron serios problemas de administración y gobernabilidad; los programas verticales debilitaron la infraestructura de la red de servicios. Todo esto permite visibilizar la incidencia de los procesos políticos y sociales sobre los procesos de atención, promoción y prevención en salud.

Para el caso particular de Colombia, aunque se pueda reconocer la existencia de algunos logros obtenidos en algunos sectores de la población colombiana en términos de salud con la implementación de la APS, son más las dificultades que se hacen evidentes y que con el tiempo toman más fuerza al interior de la población del país, elementos que se observan, no solo en los estados de salud de los colectivos sino en la modificación y elaboración de políticas públicas, así como en el manejo de los recursos del estado. Para alimentar la discusión frente a la necesidad o no de implementar y darle más fuerza a la APS en Colombia, se tomarán las ideas expuestas por el médico especialista en bioética Mario Esteban Hernández, quien afirma que hay algunos elementos que deben ser eliminados de las políticas sanitarias y de esta forma ayudaría a conseguir los objetivos de la APS en el país.

Hernández plantea que, a pesar de los esfuerzos aislados para hacer ejercicios de implementación de la APS en el marco del sistema de salud colombiano, como ha ocurrido en varias ciudades y departamentos, existen una serie de obstáculos estructurales que él reconoce y que sugiere deben ser superados. Dentro de estos, los tres que cobran mayor importancia son los siguientes:

El predominio del lucro por encima de las necesidades de atención, es decir, mientras algunos actores tengan su mirada puesta en el negocio más que en lo que la gente necesita, no habrá forma de avanzar en la garantía del derecho.

La separación estructural entre atención individual y acciones colectivas; con esta acción sólo se está generando más distancia del principio de integralidad que tanto promueve la APS.

Desconocimiento de las condiciones de vida para propiciar la articulación entre los sectores del Estado y de la sociedad, para transformar aquellas que generan malestar e inequidad.

Por otro lado, en términos de la Ley Estatutaria 1751, se declara que la salud está por encima de cualquier consideración y que todas las instituciones relacionadas con el ámbito de salud deben ajustarse para cumplir con este principio. Esto implica que los servicios de salud deben llegar hasta las zonas más apartadas del país; lo que se convierte en un desafío en términos de que es obligación del Estado garantizar la oportunidad de los servicios, vías de acceso, presencia de prestadores de salud en todo el país, profesionales y personal capacitado, y lo que es más importante, garantizar que todos colombianos en verdad tengan el derecho a la prestación del servicio, con esto se hace imperativo fortalecer el primer nivel de atención, en donde se dinamicen mejores formas de vivir, en el que los programas, mecanismos y estrategias aborden y prioricen las necesidades sentidas de las personas y comunidades en términos de salud. (Pérez, J. 2017).

Aproximaciones a la Rehabilitación

De acuerdo a los desafíos propuestos en términos de la salud, en lo que se refiere a sus transformaciones, nuevas comprensiones y el alcance propuesto en la garantía del derecho, el abordaje en relación a la Rehabilitación también es fundamental, es así, que también ha transitado por diferentes formas de ser concebida y por ende de ser operativizada; de acuerdo con Blesedell E., Willard H., Spackman C., Cohn E., Boyt B. (2005), la rehabilitación se ha definido como un "proceso para establecer la capacidad de un individuo en cuanto a participar en actividades funcionales cuando ésta capacidad ha sido alterada o limitada por un deterioro físico y mental", además agrega que "es el uso combinado y coordinado de medidas, médicas, sociales, educacionales, y vocacionales para el entrenamiento - reentrenamiento de un individuo hasta los niveles más altos de la capacidad funcional" Hagedorn (Blesedell E., et al 2005). Para autores como Díaz, F., Erazo, J., Sandoval C., (2008) la rehabilitación incluye la intervención en actividades de la vida cotidiana, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación vocacional y utilización del tiempo libre.

Por otro lado, se entiende que el proceso de rehabilitación es una búsqueda por mejorar la atención a las personas con diagnósticos específicos o de los problemas de salud presentes (Basco, E. 2010), de ahí la necesidad de una mejor articulación con el

entorno de los mismos, en donde se acoplan los cuidadores y familiares haciéndolos partícipes de manera activa del proceso de rehabilitación. Para López P., Torres M., Segredo A. Alonso L., Martínez N. (2011) la rehabilitación es definida como "gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud".

De esta manera, los procesos de rehabilitación conllevan la búsqueda de alternativas, en torno a las necesidades de las personas con discapacidad y por esto se deben generar estrategias que favorezcan la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza, la atención en salud, el desarrollo social, reconociendo que los factores sociales y contextuales son fundamentales para garantizar mejores condiciones de vida y alternativas de rehabilitación. (Díaz, Sanz, Sahonero, Ledesma, 2012).

Siguiendo las experiencias de los procesos y estrategias en rehabilitación, se encontró que según el estudio de Nang S., Rhee S., Kim W. Beom K., Kim S., Young J. (2006), sobre el uso de los servicios de rehabilitación entre las personas con discapacidades severas, encontraron brechas significativas en la APS en zonas rurales y urbanas, además, reportaron que las necesidades de los servicios de rehabilitación son diversas según el estado funcional individual y las características regionales e invitan a eliminar las barreras para obtener los servicios. También afirman que, debido al crecimiento del número de personas con discapacidad, la variedad de necesidades de atención en salud, la continuidad de estas y la integralidad en el proceso de rehabilitación son cada vez más importantes.

En el caso de Ontario Canadá, en el cual se muestran las implicaciones de la regionalización de los servicios de rehabilitación, como lo presenta Secker B., Goldenberg M., Gibson B., Wagner F., Parke B., Breslin J., Thompson A, Lear J. Singer P. (2006) se reflejan relaciones éticas sobre el tema de la discapacidad y enfermedades crónicas y regionalización, encontrando que la integración de servicios de salud y sociales son muy importantes para esta población, de no existir, las personas se ven forzadas a vivir en entornos institucionalizados y los que viven en comunidad tienen el riesgo de ser altamente dependientes. Se muestra la experiencia a través de la implementación de un modelo de redes locales de salud, el cual da un cambio "de una

colección de servicios a un verdadero sistema de salud", que tiene por objeto permitir una mejor integración de los servicios de atención de la salud y "facilitar... la mejor atención, en el lugar más apropiado cuando lo necesiten" Ontario Ministry of Health and Long Term Care, (2005); esto muestra que los servicios de rehabilitación no solamente tienen que responder a unas condiciones de salud en particular sino a la dinámica contextual que incide a que esta condición se complejice, razón por la cual requiere de acciones conjuntas entre varios actores, de acuerdo a las necesidades particulares.

Las experiencia de las redes locales de Integración de la Salud descrita en la experiencia de Ontario refiere los siguientes principios rectores: acceso equitativo de acuerdo a la necesidad del paciente; tiene en cuenta la elección del paciente; resultados mensurables y basados en la formulación de políticas estratégicas, la planificación empresarial y la gestión de la información; atención centrada en las personas y en la comunidad y en las necesidades de salud locales, responsabilidad compartida entre prestadores, el gobierno, comunidad y los ciudadanos.

Otros estudios han dado sustancial relevancia a la caracterización de las necesidades de salud en los territorios y en las poblaciones, bajo visiones de diferentes proveedores, prestadores o profesionales, así, (Pardo Y., González M. 2007) refieren de manera importante, el reconocimiento de las características territoriales y de las dinámicas comunitarias para implementar y desarrollar procesos de rehabilitación, adicionalmente el estudio desarrollado por Terapeutas Ocupacionales, (Ass R., & Grotle M. 2007) cuyo propósito fue describir las enfermedades y las discapacidades de los usuarios de servicios comunitarios en Noruega, plantea en sus conclusiones que, el conocimiento, reconocimiento y apropiación de las formas de vida cotidianas, sociales y comunitarias, permiten identificar qué intervenciones deben proporcionar los servicios comunitarios para reducir las consecuencias diarias de las enfermedades y las discapacidades.

En este mismo sentido, estudios de meta-análisis adelantado por Chard, S. (2006), acerca de la neurorehabilitación en enfermedades como la esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, lesiones cerebrales traumáticas, enfermedad de Parkinson, refieren la importancia y necesidad de fortalecer la rehabilitación comunitaria, aprovechando su carácter multidisciplinario y encontrando que puede asociarse con mayores niveles de independencia, desempeño y participación de las personas que por el desarrollo de una

enfermedad transitan a la discapacidad. Esto responde a que las intervenciones en rehabilitación deben situarse en contexto, lo cual sugiere, la integración de lo social y comunitario presente en los lineamientos de la APS.

En el caso de Colombia, ha sido esencial adoptar la estrategia de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), como propuesta desde el nivel Primario de Atención en Salud, que busca promover el desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidades, es llevada a cabo a través de esfuerzos combinados entre las personas con discapacidad, las familias, comunidades, servicios de salud, educativos, sociales y de carácter individual, se constituye en motor de desarrollo social y humano, además, orienta la política pública y social y potencializa el trabajo inter y transectorial (Buitrago, M. 2008). La RBC es una intervención factible y aceptable con un impacto beneficioso sobre la discapacidad, el impacto está influenciado por una combinación de determinantes clínicos, programáticos y sociales (Chatterjee S., Pillai A., Jain S., Cohen A., Patel V. 2009).

La rehabilitación como la búsqueda para la participación.

Si bien se han identificado algunas visiones y experiencias en materia de los procesos de rehabilitación, inicialmente se ha hablado de ella como una apuesta por la funcionalidad, un ejemplo de esto son las posiciones que operativizan la rehabilitación en perspectiva asistencial como herramienta de la APS, especialmente los asociados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es decir, en algunos casos se sigue considerando que las acciones deben estar orientadas a las enfermedades o posibles enfermedades que tienen las personas con discapacidad y no a considerar sus interacciones con el entorno, los retos en términos de su nivel de autonomía, así como de las responsabilidades del contexto y de las políticas para promover su participación social y mejores condiciones de vida, por ende de salud.

De acuerdo con lo anterior y siguiendo el curso de las transformaciones por las comprensiones sobre la rehabilitación, se han tenido miradas más amplias, en términos de reconocer los determinantes o aspectos sociales en las que la capacidad de acción se traslada de las inscripciones médicas a la comunidad, la familia y la escuela y en ese

sentido la idea es que promueva el diálogo entre diferentes actores: comunidades, instituciones, profesionales y se desarrollen procesos que impacten real y positivamente la vida de las personas.

Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado que la rehabilitación tiene unos impactos muy importantes en la capitalización y potencialización de las capacidades humanas (Angarita, 2014). El concepto de capacidad humana es amplio, por lo que actualmente el enfoque para comprender la rehabilitación sobrepasa la práctica clínica basada en la evidencia o de desarrollos disciplinares aislados, por lo que se deben observar otras variables como la capacidad de un país para promocionar y potenciar la calidad de vida de las personas con discapacidades, utilizando el marco legislativo como eje de sus acciones (Angarita, 2014). En el caso vigente de Colombia, será necesario apalancar sus acciones desde la ley estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, en donde en el artículo 2 establece que “el Estado adoptará políticas para asegurar las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”, sobre una base de integralidad que comprenda la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad. De esta manera se permitió dar un giro esencial en la comprensión de la salud como derecho social fundamental, así, constituyó una oportunidad para reorientar las prioridades del sistema de salud hacia el beneficio de las personas. En consonancia, el Ministerio de Salud y Protección Social responde formulando la Política de Atención Integral en Salud (PAIS 2016), el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

De esta manera el reto estará en aterrizar las intenciones políticas en acciones y caminos reales de acceso a los derechos en salud y de participación social de las personas con discapacidades.

Por esto, pensar en la rehabilitación integral es involucrar diversos actores en pro del bienestar de las personas con discapacidad (Bascolo. 2010), permitiendo de esta manera la articulación de varias disciplinas siendo beneficioso para la ganancia de movilidad, independencia, bienestar y calidad de vida, por medio de un aporte continuo, estructurado y enfocado (Gage, H. 2011). De esta forma, los servicios de salud deben enfocarse en

las necesidades, fortalezas y capacidades de cada persona en búsqueda de optimizar los resultados de la recuperación (Torrance, C. 2011) o que el individuo sea miembro activo de la comunidad, velado por la participación de esta e identificando necesidades que puedan afectar la calidad de vida (Edwards & Delany, 2011).

López, Borg & Mosquera reconocen la importancia de que la rehabilitación integral sea un proceso continuo, en el que, durante determinado tiempo, los objetivos deben ser replanteados o reestablecidos de acuerdo con lo que se observe en los casos particulares y de las comunidades. Además, debe ser un proceso multidimensional en términos de que las ganancias en funcionalidad deben estar acompañadas de procesos sociales como educación, trabajo, ejercicios de convivencia ciudadana, entre otros.

Estos aspectos anteriormente señalados permiten ver cómo la búsqueda de la salud ha transformado los paradigmas dominantes de la explicación de la discapacidad, pasando del modelo rehabilitador en el cual la discapacidad es vista como un trastorno en la salud que debe ser eliminado o minimizado. Y poco a poco ha entrado en conversaciones con el modelo social el cual tiene una postura opuesta, pues para él la discapacidad no tiene que ver con los cuerpos humanos individuales, sino más con las respuestas sociales. De esta forma, es importante comprender que la rehabilitación puede ser una aproximación a la realización de una vida en plenitud y la posibilidad de teorización sobre la justicia social.

Finalmente, vale la pena señalar la relevancia del trabajo multidisciplinario e intersectorial en la rehabilitación, a la luz de una construcción amplia y fortalecida en pro de favorecer la condición de salud de las personas, su participación social y su calidad de vida.

Capítulo II- Metodología

Esta investigación es de tipo cualitativo, el diseño que más se ajusta al interés de la propuesta es la teoría fundamentada (TF), “ideal para construir, teorías, conceptos e hipótesis de manera inductiva a partir de un cuerpo de datos y de casos” (Strauss, A. L., & Corbin, J. 2002). Para tal fin se proponen dos estrategias 1. El método de la comparación constante y 2. El muestreo teórico, que serán retomadas en el proceso investigativo de recolección y análisis de la información. La información se obtendrá de fuentes en tres planos diferentes equivalentes a tres miradas distintas. 1. Un plano teórico, se abordará los desarrollos conceptuales alrededor de las categorías, salud, rehabilitación y discapacidad. 2. Las necesidades de rehabilitación de los territorios y 3. La perspectiva de los investigadores desde su experiencia vivencial y teórica que enlazarán el objeto de investigación mediante una triangulación de información.

Este diseño metodológico ha sido utilizado para desarrollar teorías sobre fenómenos de salud relevantes, conceptos originales e hipótesis como resultado de un método, de tal forma, es el diseño más indicado para alcanzar el objetivo de la presente investigación “Elaborar orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación (funcional /integral) coherentes con la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS 2016) que contenga las orientaciones conceptuales y metodológicas para responder a los desafíos planteados específicamente por el componente primario de atención en salud”.

La fase de recolección de información y triangulación obtuvo la muestra con técnica de bola de nieve. Los participantes se dividieron en 3 grupos en razón a su rol dentro del proceso de rehabilitación de la siguiente manera:

Directivos: entre los roles de los participantes se logró el acercamiento con coordinadores de área, referentes de Salud pública, Referentes de discapacidad.

Operativos: En este grupo de incluyeron funcionarios que laboran o laboraron en servicios de rehabilitación como Fisioterapeutas, fonoaudiólogos, Trabajadores sociales, psicólogos, educadores especiales.

Ciudadanía: En este grupo se entrevistaron líderes sociales, personas con discapacidad, y usuarios de servicios de rehabilitación.

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

Personas que trabajen o hayan trabajado en servicios de rehabilitación en el Sumapaz o Apartadó.

Profesionales en fisioterapia, fonoaudiología, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, medicina, o enfermería, que presten o hayan prestado servicios asistenciales en estos territorios.

Personas sin importar su profesión que desempeñen labores de coordinación, dirección, referencia de proyectos o procesos relacionados con la rehabilitación y la salud pública.

Personas que hayan sido o sean usuarios de servicios de rehabilitación.

Lideresas o líderes sociales de personas con discapacidad y/o usuarios, pertenecientes a fundaciones u otras instituciones que trabajen por las personas con discapacidad.

Personas que acepten participar voluntariamente de este estudio.

Exclusión:

Personas menores de 18 años.

Personas que hayan trabajado en servicios de rehabilitación en un periodo de tiempo mayor a 5 años previa participación en este estudio.

Otros trabajadores de servicios de rehabilitación que no desarrollen labores asistenciales o de coordinación (servicios generales, talento humano, archivo, etc.).

Durante este proceso se desarrollaron 17 Entrevistas y 2 grupos focales. No se desarrollaron grupos focales con los usuarios o líderes sociales. La totalidad de las

entrevistas y los grupos fueron grabadas en formato audio previa firma de consentimiento informado.

Análisis de la información: la totalidad de las entrevistas fueron digitalizadas posterior a lo cual se desarrolló un proceso de codificación abierta, obteniendo un total de 70 códigos iniciales (anexo 7), los cuales fueron revisados en un proceso de codificación axial para dar como resultado 7 categorías de análisis:

- **Territorio y comunidad:** Relaciones sociales, concepto social del territorio
- **Actores - Acciones Colectivas:** Ejercicios de participación de actores comunitarios, movilización, organización, Estrategias en comunidad para la salud y la rehabilitación
- **Actores e intersectorialidad:** Relaciones y articulación entre actores institucionales que buscan promover ejercicios para la rehabilitación
- **Plan de beneficios y servicios en rehabilitación:** Oferta y la expectativa de la oferta para la atención en los servicios de rehabilitación APS-
- **Acciones en la ruralidad:** Actuaciones en relación a la rehabilitación para poblaciones dispersas
- **Profesional en rehabilitación:** Papel, que hacer, acciones, estrategias,
- **Compresiones sobre Rehabilitación:** Posiciones, reflexiones, acciones en Rehabilitación y Retos para la rehabilitación comunitaria.

Tabla 1

Fases:

FASE	HERRAMIENTAS METODOLOGICAS	ALCANCE ESPERADO
<i>Primera Fase – Componente Documental.</i>		
Construcción de matriz de análisis documental	Revisión sistemática	Capítulo de antecedentes terminado
Revisión documental		
Categorización de Antecedentes resultado de la revisión documental		
Estructuración del contenido de las categorías de antecedentes		
Culminación de documento de antecedentes categorizados		
<i>Segunda Fase - Componente territorial.</i>		
Identificación de necesidades territoriales desde el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y RIPS	Análisis Estadístico	Datos e información de campo obtenida
Identificación de oportunidades desde los planes territoriales de Salud	Análisis de políticas publicas	
Construcción de instrumentos de observación territorial	Observación de campo	
Realización de Visitas a territorios	Entrevistas a profundidad a actores relacionados con la temática, diligenciamiento de guías de observación en territorios	
Realización de Grupos Focales	Grupos Focales	
<i>Tercera Fase – Triangulación.</i>		
Sistematización y Análisis de Información	Codificación Abierta y Codificación axial	
Construcción de Unidades de Sentido		

Deconstrucción de conceptos	Formulación y descripción de las categorías interpretativas	Modelo de fundamentación teórica establecido
Correlación de conceptos y teorías,	Formulación del modelo teórico-explicativo	
Consolidación de Base conceptual	Muestreo teórico y saturación teórica	
Definición de componentes de los servicios de rehabilitación	Formulación del modelo teórico-explicativo	Orientaciones conceptuales y metodológicas
Definición del contenido de los componentes de los servicios de rehabilitación		
Identificación de líneas de acción de los servicios de rehabilitación para el componente primario de atención		

Entidades Participantes

La Corporación Universitaria Iberoamericana mediante los programas de Fonoaudiología y Fisioterapia, y la Escuela Colombiana de rehabilitación mediante los programas de Terapia Ocupacional y Psicología.

1 capítulo III- Aplicación y Desarrollo

Fase 1. Componente documental

Guía para para la revisión de documentación científica.

El desarrollo de la primera fase, correspondiente al componente documental, inició con la selección de las variables correspondientes al problema, las cuales utilizaron como descriptores los términos Comunidad, Atención primaria de salud, Rehabilitación, y en inglés: Community, Primary health care y Rehabilitation. Se utilizó el conector boleano AND para el planteamiento de la ecuación de búsqueda, tanto en inglés como en español, resultando:

Ecuación 1: Comunidad **AND** Atención primaria de salud **AND** Rehabilitación.

Ecuación 2: Community **AND** Primary health care **AND** rehabilitation.

El periodo de tiempo abarcado para la revisión documental fue de 10 años (2006 a 2016), y adicionalmente se incluyeron las publicaciones realizadas en las bases de datos escogidas correspondientes a los 3 primeros meses del año 2017. Las bases de datos revisadas fueron EBSCO, PUBMED y REDALYC. De estas se destaca que la única base de pago que utilizada fue EBSCO, a partir de la suscripción de la Corporación Universitaria Iberoamericana. Para la búsqueda en EBSCO se aplicó el filtro TEXTO COMPLETO. Para la búsqueda realizada en la base de datos PUBMED, en el apartado *Text availability* se aplicó el filtro FREE FULL TEXT, y en el apartado *Species*, se aplicó el filtro HUMAN. De igual forma, la búsqueda en REDALYC solo tuvo en cuenta los documentos a texto completo.

Búsqueda inicial:

Esta búsqueda inicial arrojó 1823 registros en total distribuidos de la siguiente manera: EBSCO: 275, PUBMED: 953, REDALYC: 595, sobre las cuales se hizo la primera revisión por título. De las publicaciones localizadas se escogieron 117, los cuales pasaron al proceso de lectura de resúmenes bajo el cumplimiento de los siguientes criterios de pertinencia:

1. Publicaciones acerca de la estrategia atención primaria en salud y/o rehabilitación en comunidad.
2. Publicaciones que aborden el tema de la discapacidad.

3. Intervención en procesos de rehabilitación física, sensorial (visual y auditiva), Cognitiva y/o mental en comunidad.
4. Documentos producto de investigaciones.

Como criterios de exclusión se establecieron:

1. Procesos de rehabilitación centrados en la patología.
2. Publicaciones sobre rehabilitación oral y procesos odontológicos.
3. Editoriales, artículos de opinión o reflexión.

Selección de estudios:

Posterior a la revisión de títulos y resúmenes, se procedió a revisar apartados de los documentos completos para confirmar que cumplieran los criterios de inclusión. Esta información se concentró en un cuadro de análisis de acuerdo variables iniciales con una ventana a elementos emergentes.

De los documentos inicialmente revisados se escogieron 52 elementos definitivos para ser leídos a texto completo. La selección final la realizaron los investigadores a partir del establecimiento de acuerdos sobre la base del cumplimiento de criterios.

Categorización de los artículos:

A partir de la revisión del documento a texto completo emergieron 3 categorías centrales que análisis, que recogen los elementos fundamentales expuestos. La primera categoría denominada *medios y herramientas*, concentran los elementos que facilitan, promueven o condicionan el acceso a los procesos de rehabilitación. La segunda, nominada *enfoques* relaciona la realidad de los procesos relacionados con la rehabilitación y la salud y la tercera, llamada *Realización efectiva de las capacidades para la vida*, recoge los elementos que buscan potenciar y favorecer mejores condiciones de vida, brindar apoyo y soporte social y contribuir a la construcción del proyecto de vida y la eliminación de las condiciones de marginalización de las personas.

Fase 2. Componente Territorial

Guía para la recolección y registro de información a partir del trabajo en territorios.

Esta guía se propone, como una orientación para el desarrollo del trabajo de campo, desde una perspectiva participativa. Contempla los siguientes elementos: *La*

observación, como recurso fundamental y transversal durante el trabajo de campo, frente al reconocimiento de los territorios y sus dinámicas, *el mapeo*, como herramienta para el acercamiento a las situaciones y actores sociales de los territorios, el *grupo focal* como escenario de discusión y análisis de situaciones entre diferentes personas, y la *entrevista semiestructurada* como técnica de conversación focalizada, que permita identificar las percepciones y las propias comprensiones del entrevistado sobre la salud, la rehabilitación y los servicios.

El mapeo.

Busca reconocer el conjunto de actores, instituciones, relaciones y acciones, que comparten una misma categoría para el análisis, teniendo en cuenta el territorio, como escenario en donde confluyen los actores, las acciones y las instituciones. (Sumapaz, Apartadó y Samaniego). El mapeo, permite un acercamiento y un esquema amplio de las características, situaciones y actores de la APS y la Rehabilitación. El mapeo se realizará a partir del uso de fuentes primarias y secundarias, en relación a las fuentes primarias, se propondrá como parte de las actividades del grupo focal y de las entrevistas semiestructuradas, frente a las fuentes secundarias, se revisarán los planes territoriales de salud, estadísticas de Ministerio de Salud y la Protección Social, información de alcaldías, secretarías y entidades gubernamentales.

Mapeo Geográfico: A partir de este ejercicio se busca identificar el número de habitantes del territorio, el número de personas con discapacidad registradas en R número de prestadores de servicios de salud, número de veredas o centros poblados. Distancia y tipos de acceso entre veredas y prestadores de salud, así como las características de los prestadores en términos de servicios habilitados. Para este ejercicio se propone un registro en la matriz de mapeo geográfico. (Ver anexo).

Mapeo de Actores Gubernamentales: Con este ejercicio se pretende reconocer quién o quiénes son las autoridades estatales en términos de salud en la localidad o municipio, cuál es la estructura orgánica y las funciones frente al territorio, qué acciones del PIC se han implementado en el último año relacionadas con rehabilitación. Qué otros actores gubernamentales hacen presencia en el territorio y tienen relación con la salud y la rehabilitación, qué acciones intersectoriales se llevan a cabo desde el plano de la salud y la rehabilitación.

Para este ejercicio se propone un registro en el mapa de actores. (Ver anexo).

Mapeo de Actores No Gubernamentales (ONG): A partir de este ejercicio, se busca identificar el número y nombre de ONG nacionales o internacionales que trabajen en pro del derecho a la Salud y/o Rehabilitación y que hacen presencia en el territorio, así como identificar el tipo de acciones que realizan.

Para este ejercicio se propone un registro en el mapa de actores. (Ver anexo).

Mapeo de actores comunitarios de base: En relación este aspecto se propone la identificación de líderes comunitarios y miembros del consejo local de discapacidad, activistas de la comunidad que trabajan en pro de la salud y la rehabilitación.

Para este ejercicio se propone un registro en matriz de mapeo de actores (Ver anexo).

Mapeo de los Servicios de Salud y Rehabilitación: A partir de este ejercicio se busca identificar, el modelo de atención que tienen los servicios de salud y rehabilitación, las dinámicas y esquemas de funcionamiento de los servicios, unidades o equipos específicos de rehabilitación, en los territorios. Diferencias de intervención sanitaria y no sanitaria en áreas funcionales para las personas con discapacidad, como la vivienda, la ocupación, las relaciones sociales, posibilidades de habilitación frente a los servicios de rehabilitación (Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicología, Trabajo social, etc.), identificación institucional de la demanda y necesidad de los servicios de rehabilitación de la población, existencia de red intersectorial, sistemas de información para la comunidad en relación a la rehabilitación, oportunidad en la atención a las personas con discapacidad, principales motivos de consulta de las personas con discapacidad y las acciones concretas de la APS. Para este ejercicio se propone un registro en matriz de mapeo de los servicios de salud y rehabilitación. (Ver anexo).

El grupo focal.

Se propone como escenario de intercambio y discusión entre los actores comunitarios de base, reconociendo en ellos la riqueza de su participación como habitantes y usuarios de los servicios de salud y rehabilitación en el territorio, con esto se busca profundizar frente a la percepción de los servicios y las necesidades de rehabilitación, reconocer cómo suplen las necesidades actuales y cuáles son las barreras que encuentran, así como cuál sería la propuesta ideal, en relación a la

atención en salud y rehabilitación de personas con discapacidad. Para este ejercicio se propone una guía de preguntas y dinámicas del grupo focal. (Ver anexo).

La entrevista semiestructurada.

Se propone para la conversación personalizada con actores institucionales que trabajan en las entidades gubernamentales y no gubernamentales y que ofertan servicios de salud y rehabilitación, esto teniendo en cuenta el papel de estos actores, como informantes claves de las políticas y planes de acción aplicados a los servicios de salud y rehabilitación. Entre los actores considerados: Gerentes de la ESE, coordinadores de servicios, profesionales de salud y rehabilitación. Para este ejercicio se propone una guía de preguntas y dinámicas del grupo focal. (Ver anexo).

Luego de la recolección de información se propone una triangulación metodológica, la cual facilita la validación de los datos y de la información a través del cruce de las fuentes de recolección utilizadas: Análisis documental, observación, mapeo, entrevistas semiestructuradas y grupo focal.

Insumos desde el análisis estadístico desde Registros en Salud

Al realizar la búsqueda de estadísticas de Personas con Discapacidad - PcD en Colombia se encontraron los siguientes datos oficiales significativos:

- En el Censo 2005 se registraron 2'624.898 con limitaciones, lo que corresponde al 6,3% de la población (ver gráfico 1).

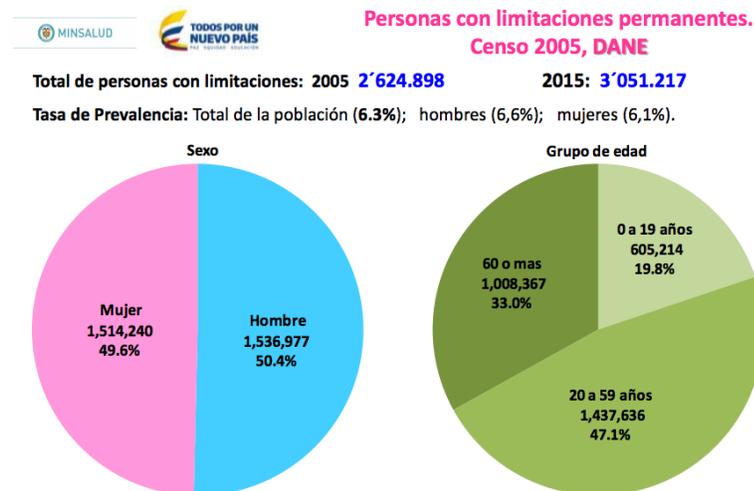


Gráfico 1. Personas con limitaciones permanentes según Censo 2005, DANE. Tomado de Sala Situacional de PcD. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social.

En el Conpes social 166, se nombra a la Encuesta de Calidad de Vida 2012 realizada por el DANE donde se registraron 2.149.710 de población con limitaciones siendo para ese momento el 4,7% de la población colombiana.

De acuerdo con una presentación realizada por la Sala Situacional de PcD, el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Oficina de Promoción Social en el 2015 se reportó 1,178.703 de PcD lo que corresponde a un 2,45% de la población total (ver gráfico 2). Esta información fue tomada a partir del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD

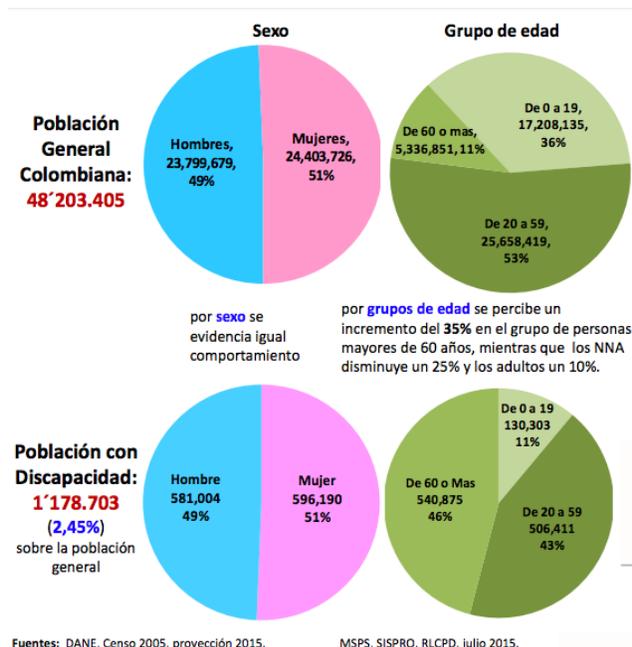


Gráfico 2. Personas con Discapacidad - PcD. Registro de Localización y Caracterización de PcD - RLCPD 2015. Tomado de Sala Situacional de PcD. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social.

En el 2017 no se encuentran datos consolidados oficialmente. Por lo que se realizó una revisión de la página cubos.sispro.gov.co, en la cual reposa la base de datos del RLCPD, la cual se constituye en una herramienta que recoge vía web información relevante de las Personas con Discapacidad - PcD en Colombia. Se caracteriza por ser voluntaria, gratuita y electrónica; se realiza a través de las Unidades Generadoras de Dato - UGD adscritas a las Secretarías de Salud Departamentales quienes facilitan el proceso de Registro.

Teniendo en cuenta dicha información, se seleccionaron los datos más representativos y claves para la investigación, y a continuación se realizará un análisis de los datos encontrados:

A octubre 2017 se encuentra que en el RLCPD se ha reconocido 1.350.007 PcD, lo que correspondería a un 2,7% del total de la población, esta última según proyección del DANE es de aproximadamente 49.546.027 a diciembre de 2017.

El registro permite caracterizar por zona la ubicación de las PcD, en la cual se resalta según la tabla 2 y la *Gráfico 3*, mayor concentración en zona urbana. En el

Gráfico 4 se encuentra la distribución porcentual, la cual corresponde para zona urbana 74,7% y rural 17,3%.

Tabla 2.

Ubicación PcD por zona

	Centro Poblado	No definido	Zona Rural	Zona Urbana	Total general
	103.50		234.31	1.009.5	1.350.0
COLOMBIA	5	2.604	2	86	07

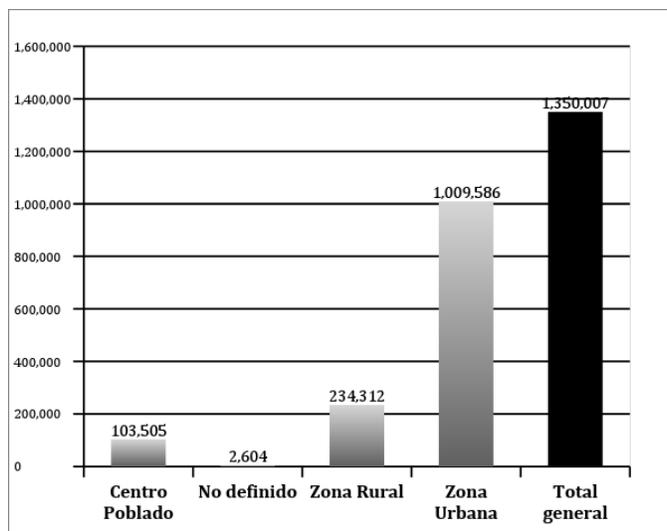


Gráfico 3. Distribución de PcD por zonas

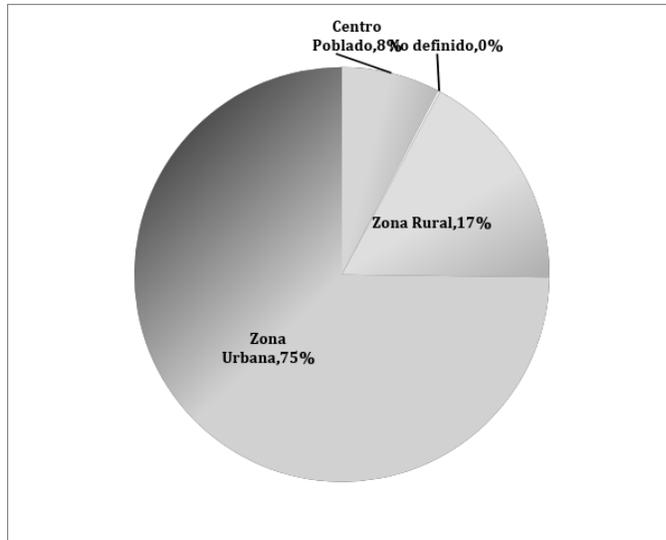


Gráfico 4. Distribución porcentual de PcD por zonas

Se evidencia un número significativo de PcD en zona rural y centro poblado (337.817) correspondiente a 25% de los registrados. Esta población se encuentra ubicada principalmente en los departamentos de Antioquia, Nariño y Boyacá, menor registro en Vichada, Vaupés y Guainía, como se evidencia en la tabla 3 y el gráfico 5.

Tabla 3.

Ubicación PcD por departamentos en centro poblado y rural

	Centro Poblado	Zona Rural	Total general
1 – COLOMBIA	103505	2343	337817
05 – ANTIOQUIA	8702	3875	47460
52 – NARIÑO	8063	2449	32562
15 – BOYACÁ	1323	2402	25346
68 – SANTANDER	3616	2013	23754
25 – CUNDINAMARCA	2176	1904	21225
41 – HUILA	5000	1542	20420
19 – CAUCA	4264	1579	20062

		1331	
73 – TOLIMA	2823	4	16137
76 - VALLE DEL CAUCA	9437	6166	15603
23 – CÓRDOBA	8804	6394	15198
70 – SUCRE	7666	3890	11556
47 – MAGDALENA	8592	2654	11246
13 – BOLÍVAR	9344	1835	11179
54 - NORTE DE SANTANDER	2036	7485	9521
20 – CESAR	4985	3619	8604
17 – CALDAS	1826	6110	7936
66 – RISARALDA	2562	4202	6764
86 – PUTUMAYO	1227	3905	5132
50 – META	1220	3588	4808
85 – CASANARE	885	3856	4741
18 – CAQUETÁ	863	2992	3855
08 – ATLÁNTICO	2882	573	3455
44 - LA GUAJIRA	1937	863	2800
63 – QUINDIO	724	1422	2146
81 – ARAUCA	343	1134	1477
27 – CHOCÓ	908	529	1437
91 – AMAZONAS	562	383	945
11 - BOGOTÁ, D.C.	54	754	808
88 - ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	569	161	730
95 – GUAVIARE	38	254	292
99 – VICHADA	51	170	221
97 – VAUPÉS	10	211	221
94 – GUAINÍA	13	163	176

Se resalta además en esta ubicación de PcD, que hay mayor reporte de centros poblados en los departamentos de Valle del Cauca, Córdoba, Sucre, Magdalena, Bolívar, Atlántico y La Guajira, ver la tabla 3 y la Gráfico 5.

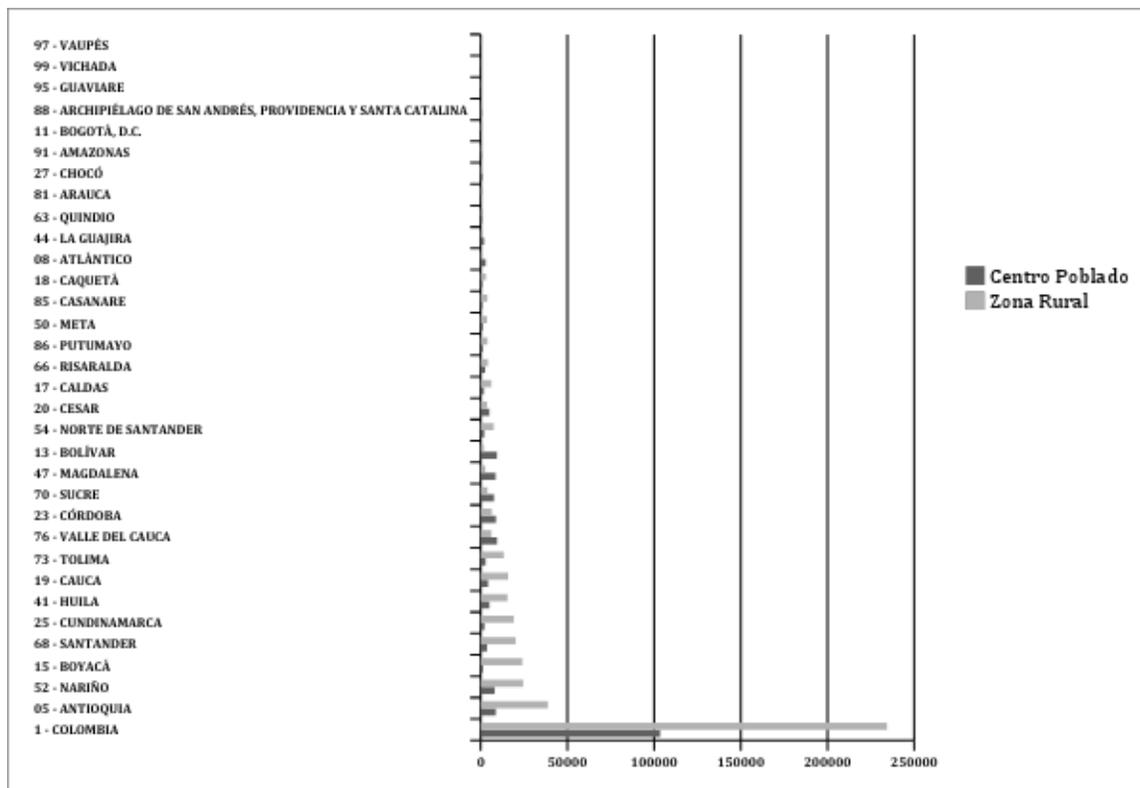


Gráfico 5. Ubicación PcD por departamentos en centro poblado y rural

Respecto a la indagación que se realiza a las PcD frente a la asistencia a los servicios de rehabilitación se destaca que del total en general el 42% no asiste y un 35% si lo hace, ver gráfico 6 y tabla 4.

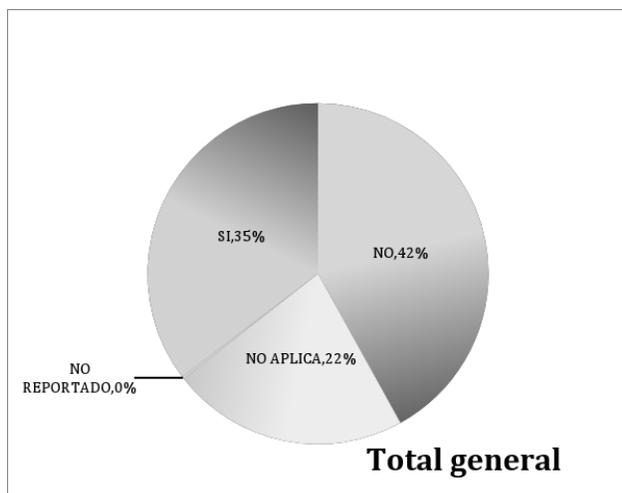


Gráfico 6. Distribución porcentual de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.

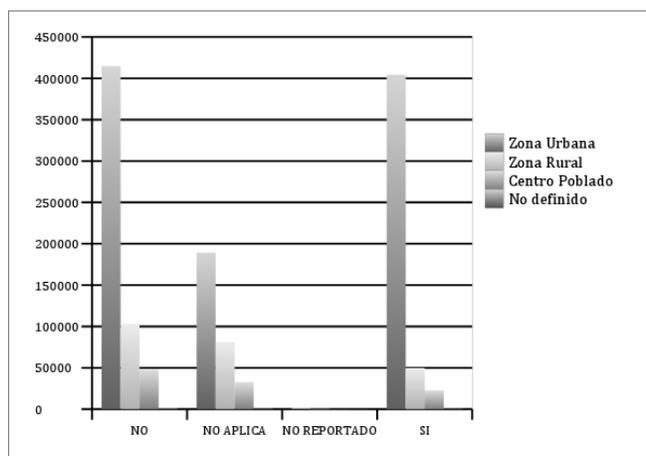


Gráfico 7. Distribución de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.

En cuanto a la distribución por zonas la tabla 4 y el gráfico 7 muestran que es constante la respuesta del no, independientemente la zona registrada. Los gráficos 8, 9 y 10 muestran el porcentaje de asistencia a servicios de rehabilitación por zonas, se resalta que en zona urbana la distribución es similar, alrededor de un 40% tanto para si como para no, mientras tanto en zona rural y centro poblado la respuesta con mayor porcentaje es el no y el no aplica.

Tabla 4.

PcD que asisten a servicios de rehabilitación según zonas

ZONA	NO	NO APLI CA	NO REPO RTAD		Total gener al
			O	SI	
Zona Urbana	4146	1890	4044	10095	
Zona Rural	5	22	1522	86	
Centro Poblado	8105	4967	23431	2	
No definido	51	3	536	2	
Total general	4781	3265	2284	10350	
	1119	706	259	520	
	5665	3034	4774	13500	
	85	38	2508	76	
				07	

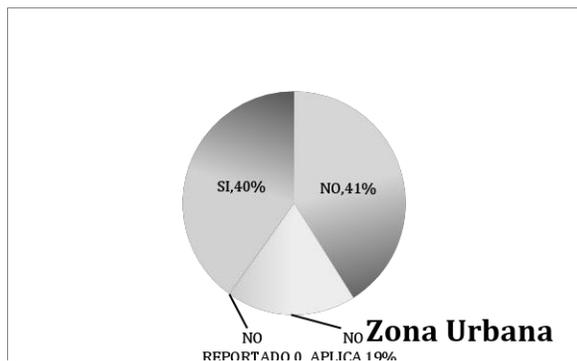


Gráfico 8. Distribución porcentual en zona urbana de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.

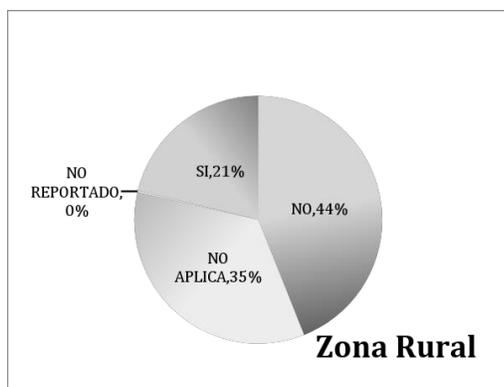


Gráfico 9. Distribución porcentual en zona rural de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.

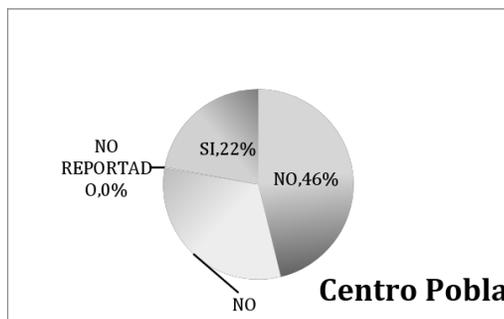


Gráfico 10. Distribución porcentual de centro poblado de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.

En cuanto a si ha recibido atención por su discapacidad, las respuestas en su mayoría fueron: no, 78,9%, independientemente de la zona, ver tabla 4, figura 11 y 12.

Tabla 5.
PcD que han recibido atención por su discapacidad.

	NO	NO REPORTAD O	SI	Total general
Centro Poblado	89616	49	13840	103505
No definido	1828	262	514	2604
Zona Rural	197806	279	36227	234312
Zona Urbana	787433	625	221528	1009586
COLOMBIA	1076683	1215	272109	1350007

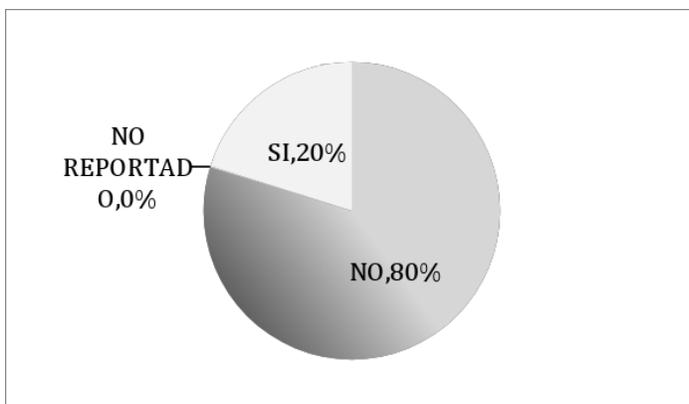


Gráfico 11. Distribución porcentual de PcD que han recibido atención por su discapacidad total general.

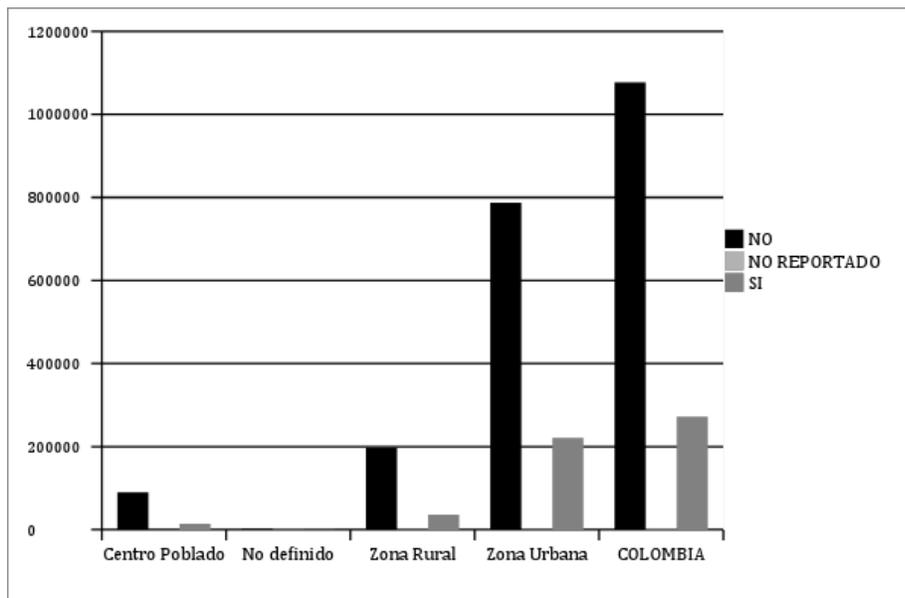


Gráfico 12. Distribución PcD que han recibido atención por su discapacidad por zonas

Entre las preguntas relacionadas incluidas en el RLCPD, se encuentra la existencia de servicios de rehabilitación en el municipio, a lo que las PcD refieren: en su mayoría no definido (47,4%) y no (38,6%), ver tabla 6 y gráfico 13. Respecto a la respuesta asociada con el sí (14%) se evidencia que se reporta en mayor proporción en zona urbana, ver gráfico 14.

Tabla 6.

Municipio cuenta con servicios de rehabilitación

	Centro Poblado	No definido	Zona Rural	Zona Urbana	Total general
NO	53459	1243	2	1	5
NO DEFINIDO	39449	1087	89122	2	0
SI	10597	274	21778	3	2
Total general	103505	2604	23431	10095	13500

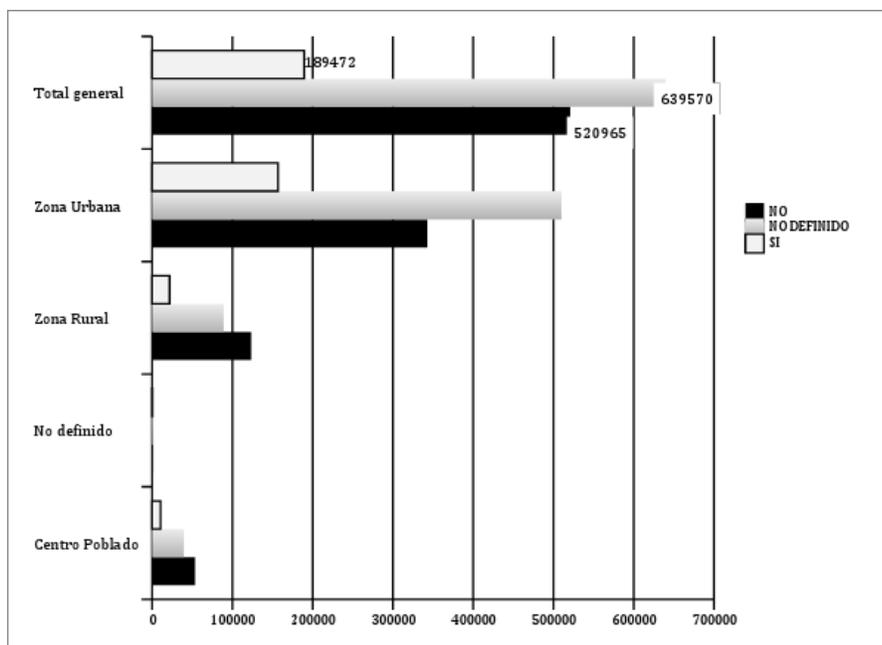


Gráfico 13. Distribución PcD que reportaron servicios de rehabilitación por zonas.

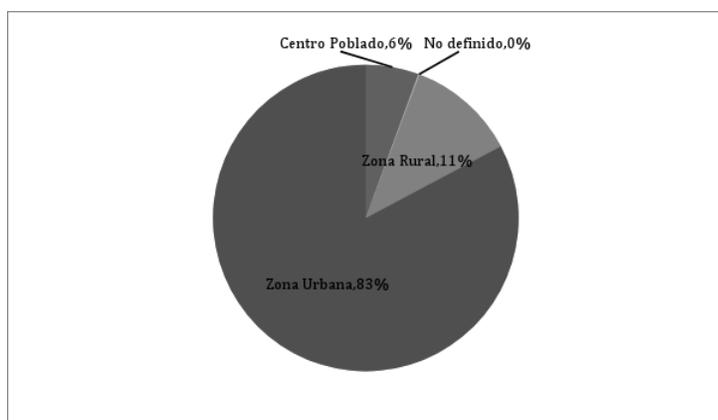


Gráfico 14. Distribución porcentual de PcD que reportaron que **si** contaban con servicios de rehabilitación por zonas

El instrumento de registro indaga las razones por las cuales las PcD no reciben servicios de rehabilitación, en la tabla 7 se listan los motivos. Las principales respuestas son: no definido, se atribuyen a falta de dinero, no sabe y no ha sido autorizado por el asegurador. En el gráfico 15 se refleja la distribución porcentual general, y en las figuras 16, 17, 18 y 19 se muestran la distribución porcentual por zonas, la cual es similar a lo expresado anteriormente.

Tabla 7.
Porque no recibe servicios de rehabilitación

	Centro Poblado	No definido	Zona Rural	Zona Urbana	Total general
COLOMBIA	103505	2604	12	586	103507
No definido	39250	1067	2	62	39250
Falta de dinero	31753	632	4	56	31753
No sabe	12870	408	8	39	12870
No ha sido autorizado por el asegurador	6181	185	0	2	6181
Ya termino la rehabilitación	3217	92	7467	1	3217
El centro de atención queda muy lejos	5090	83	4	1	5090
Cree que ya no la necesita	2422	66	5143	1	2422
No le gusta	1690	44	4397	2	1690
No hay quien lo lleve	1032	27	3047	2	1032

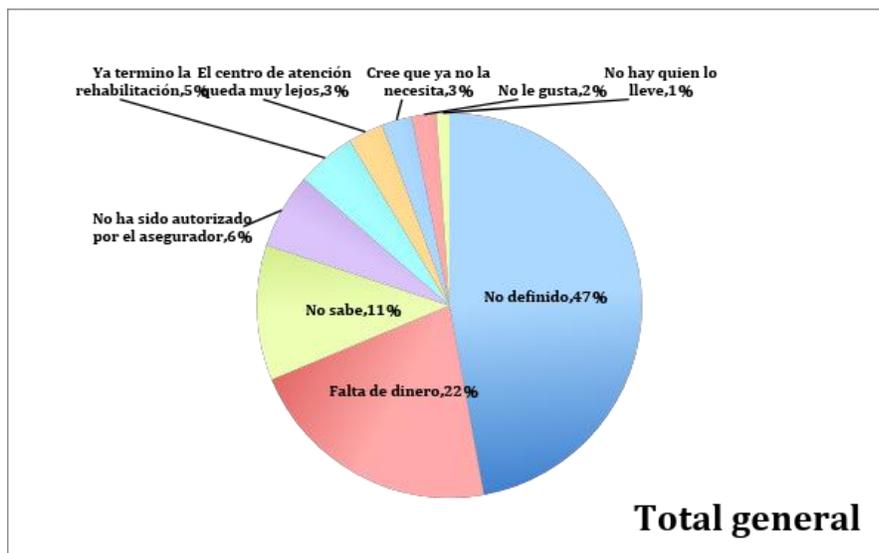


Gráfico 15. Distribución porcentual de PcD del por qué no recibe servicios de rehabilitación a nivel general.

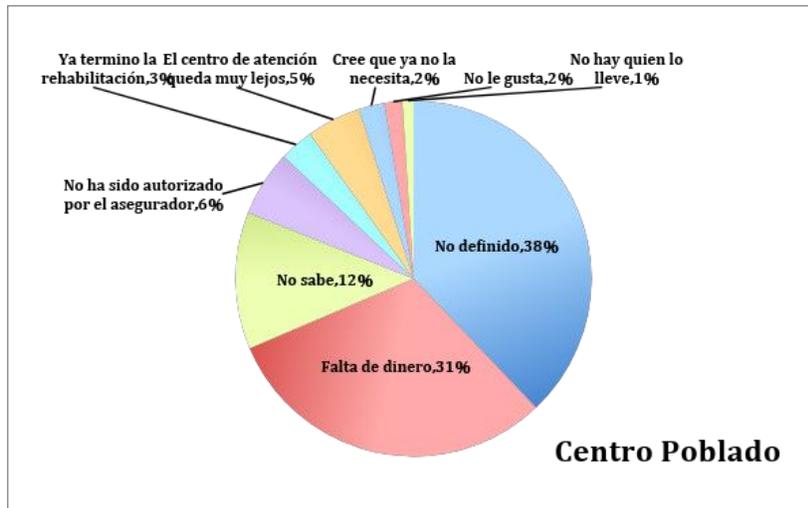


Gráfico 16. Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en centro poblado.

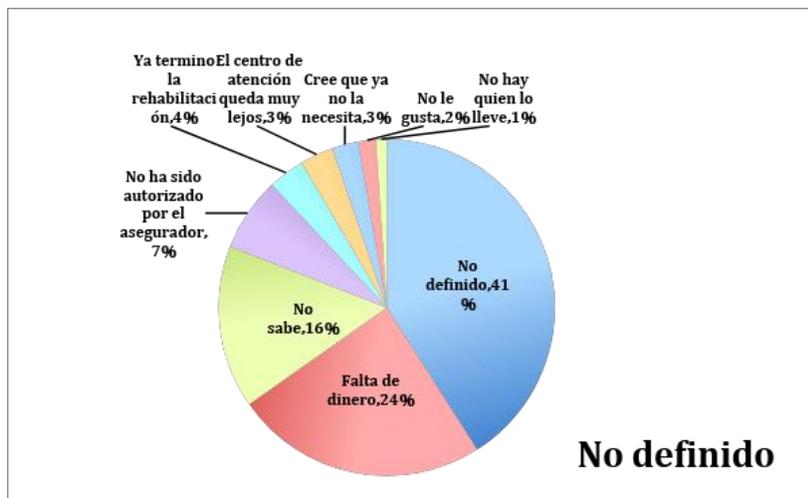


Gráfico 17. Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en categoría No definido.

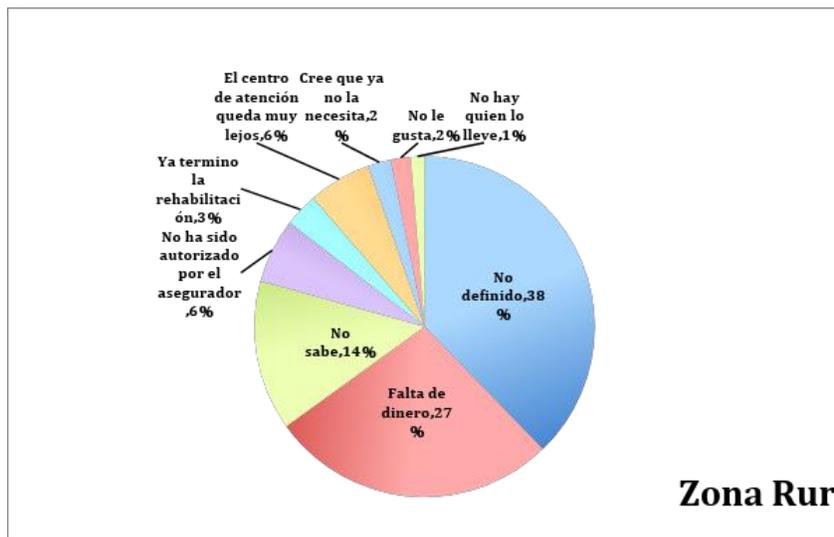


Gráfico 18. Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en zona rural.



Gráfico 19. Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en zona urbana.

Otro dato significativo, tiene que ver con los servicios de rehabilitación de acuerdo a los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS - en los cuales se evidencia que los 5 servicios más recibidos para la PcD son: terapia física integral,

consulta por primera vez psicología, terapia fonoaudiológica integral, terapia ocupacional integral y consulta de primera vez con trabajo social. La tabla 8 muestra el número de servicios registrados en zona rural y centro poblado solamente.

Tabla 8. Servicios de rehabilitación de acuerdo con RIPS

	Centro Poblado	Zona Rural	Total general
931000 - TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD + INCLUYE: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOCITIVOS, SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACIÓN TEMPRANA MECANOTERAPIA, MEDIOS FÍSICOS (HIDROTERAPIA)	8230	19815	28045
890208 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	2317	6204	8521
937000 - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD § INCLUYE: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIÓN	1903	5181	7084
938300 - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD § INCLUYE: EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACIÓN TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVO, SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL, SOCI	1720	4661	6381
890209 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL INCLUYE: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; METODOS O TECNICAS TERAPEUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS.	582	1742	2324
890408 - INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA §	515	1699	2214
890211 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	450	1111	1561
933600 - TERAPIA DE REHABILITACION CARDIACA SOD +	332	634	966
938303 - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	305	824	1129
890210 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA +	215	489	704
890111 - ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	188	327	515
890213 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	153	355	508

936800 - INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECÍFICA SOD +	131	275	406
937101 - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO +	126	367	493
931600 - MODALIDADES MECANICAS DE TERAPIA SOD +	119	459	578
933300 - TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD +	110	175	285
890114 - ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR PROMOTOR DE LA SALUD +	104	338	442
890409 - INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL §	95	341	436
930900 - OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION SOD +	86	246	332
890110 - ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGÍA +	84	161	245
890112 - ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA +	70	139	209
937200 - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES DEL HABLA, VOZ, FLUIDEZ, ARTICULACION, RESONANCIA SOD	66	259	325
890212 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	64	139	203
938610 - REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD TRANSITORIA LEVE NCOC INCLUYE: INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA CON ENFASIS EN EDUCACION Y AUTOGESTION EN UN TIEMPO MAXIMO DE SEIS SEMANAS CON PARTICIPACION DE UN EQUIPO MINIMO Y PONDERADO DE DOS TER	59	73	132
938302 - TERAPIA OCUPACIONAL EN MANEJO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE Y JUEGOS	53	194	247
890215 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	51	139	190
890113 - ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	51	127	178
890115 - ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO +	50	160	210
937500 - OTRO ADIESTRAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA SOD	46	54	100
890412 - INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA §	40	150	190
933500 - TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR SOD §	36	106	142

933900 - TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL SOD §	31	79	110
936100 - TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA MOVILIZACION GENERAL (TRATAMIENTO GENERAL DE ARTICULACIONES) SOD	31	55	86
938301 - ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS)+	27	90	117
890411 - INTERCONSULTA POR TERAPIA FISICA §	27	79	106
932400 - DISEÑO, ADECUACION Y ENTRENAMIENTO EN USO DE TECNOLOGIA DE REHABILITACIÓN SOD +	26	163	189
937400 - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS SOD	23	27	50
938660 - REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE NCOC INCLUYE: INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA CON ENFASIS EN EDUCACION Y AUTOGESTION EN UN TIEMPO MAXIMO DE TRES MESES, CON PARTICIPACION DE UN EQUIPO MINIMO Y PONDERADO DE DOS TERAP	20	18	38
933700 - ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO SOD +	19	44	63
931100 - MODALIDADES CINETICAS DE TERAPIA SOD + INCLUYE: ACONDICIONAMIENTO FISICO, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES FUNCIONALES : COORDINACION, BALANCE Y EQUILIBRIO CORPORAL, MOVILIZACION/MANIPULACION DE SEGMENTOS CORPORALES (EXTENSION FORZADA DE MIEMBRO) ENTRENAMIE	18	97	115
937300 - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	18	60	78
890413 - INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL §	17	68	85
931500 - MODALIDADES ELECTRICAS Y ELECTROMAGNETICAS DE TERAPIA SOD +	17	52	69
890410 - INTERCONSULTA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGÍA §	17	36	53
938310 - ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN INTEGRACION LABORAL Y SOCIAL NCOC +	13	54	67
931700 - MODALIDADES NEUMATICAS DE TERAPIA SOD +	10	3	13
938501 - REHABILITACION PROFESIONAL [VOCACIONAL] FAMILIAR, ESCOLAR Y/O LABORAL +	9	81	90

936600 - TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA DESPLAZAR LÍQUIDOS DE TEJIDOS (BOMBA LINFATICA) SOD	6	19	25
933601 - TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR	3	7	10
938661 - REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA NCOC INCLUYE: INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA CON ENFASIS EN EDUCACION Y AUTOGESTION EN UN TIEMPO MINIMO DE TRES MESES Y MAXIMO DE SEIS MESES, CON PARTICIPACION DE UN EQUIPO MINI	3	5	8
938662 - REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA NCOC INCLUYE: INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA CON ENFASIS EN EDUCACION Y AUTOGESTION EN UN TIEMPO MINIMO DE NUEVE MESES Y MAXIMO DE QUINCE MESES, CON PARTICIPACION DE UN EQUIPO MIN	2	18	20
934600 - TRACCION CUTANEA DE MIEMBROS SOD	2	1	3
934100 - TRACCION ESPINAL CON EMPLEO DE DISPOSITIVO CRANEAL SOD	1	7	8
938612 - REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD TRANSITORIA SEVERA NCOC INCLUYE: INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA CON ENFASIS EN EDUCACION Y AUTOGESTION EN UN TIEMPO MINIMO DE VEINTIUN SEMANAS Y MAXIMO DE TREINTAIOCHO SEMANAS, CON PARTICIPACION DE	1	7	8
936300 - TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE BAJA VELOCIDAD Y ALTA AMPLITUD (FUERZAS DE RESORTE) SOD	1	5	6
931501 - MODALIDADES ELECTRICAS O ELECTROMAGNETICAS DE TERAPIA	1	1	2
938611 - REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD TRANSITORIA MODERADA NCOC INCLUYE: INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA CON ENFASIS EN EDUCACION Y AUTOGESTION EN UN TIEMPO MINIMO DE SEIS SEMANAS Y MAXIMO DE DIEZ SEMANAS, CON PARTICIPACION DE	1	1	2
930105 - EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL § INCLUYE: EVALUACIONES ESTANDARIZADAS Y NO ESTANDARIZADAS		3	3

936400 - TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS ISOTONICAS E ISOMETRICAS SOD	3	3
936500 - TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS INDIRECTAS SOD	1	1

Al realizar esta breve revisión del panorama estadístico de la PcD en Colombia y los datos significativos que, para el trabajo investigativo concerniente, se realizan los siguientes comentarios y reflexiones frente a lo encontrado:

Respecto a la búsqueda de información estadística en Colombia sobre las PcD se encuentra información muy variada, pero es evidente que no se ha logrado realizar unificación de datos y las razones pueden ser:

- La discapacidad es vista desde diferentes enfoques conceptuales, lo que hace que la unificación de términos sea compleja.
- No hay claridad en los registros en salud, se reportan una serie de diagnósticos que se asocian a deficiencias, pero no se establece como tal la existencia de una condición de discapacidad, esto puede estar asociado a la unificación de procesos de diagnóstico, a la poca capacitación de los profesionales frente al tema de discapacidad, el desconocimiento de los profesionales sobre los registros existentes y también es el resultado de la fragmentación de la prestación de servicios de salud.
- La iniciativa del RLCPD es importante, pero tiene problemas de objetividad. Es un instrumento que se aplica de manera voluntaria, es decir, no todas las PcD o su red de apoyo cercano lo realizarán por iniciativa propia. También se debe tener en cuenta que la información sobre este registro no se ha realizado de manera masiva, las PcD, funcionarios de salud y otros sectores desconocen la existencia de éste. Adicionalmente, es una herramienta que requiere diligenciamiento a través de la web, lo que significa que se debería garantizar el acceso a redes de internet en todo el territorio nacional. Es de resaltar que, aunque las UGD han realizado un esfuerzo en la canalización de la población, este no ha sido suficiente. Otro elemento fundamental, que afecta el RLCPD, tiene que ver con la identidad de la PcD, quien en ocasiones no se identifica como tal y por ello no le interesa estar registrado. Por otro lado, el instrumento usa el término "No definido" en muchas de las opciones de respuesta, ésta categoría no permite determinar las características particulares y es una de las

respuestas más seleccionadas por las PcD. Por lo anterior, este registro no revela claramente la realidad de la PcD en Colombia.

En general, los datos seleccionados del RLCPD para el análisis arrojan un panorama preocupante respecto a las PcD. En primera medida, hay poca población identificada, esto puede deberse a factores ya mencionados. Aunque el registro permite recopilar respuestas de una muestra a nivel nacional, puesto que recoge información de todos los departamentos, se podría decir que ¿esa muestra es suficiente para caracterizar la realidad de la PcD en el territorio nacional?, no es suficiente, pero por lo menos permite un acercamiento al panorama y a la percepción de las PcD frente a su condición y el acceso a los servicios.

Al realizar el análisis de las 1.350.007 personas registradas se resalta que la mayoría se encuentran en zona urbana. Pero llama la atención que en centro poblado (concentración de mínimo 20 casas contiguas ubicadas en área rural o en corregimiento departamental) y en zona rural los departamentos con mayor reporte son Antioquia, Nariño y Boyacá y los de menor reporte son Guainía, Vaupés y Vichada, esto se debe a la alta y baja densidad poblacional o a la facilidad o dificultad en el acceso al proceso de registro, eso es algo que debe analizarse a profundidad. Lo cierto es que existe en Colombia PcD en zonas que anteriormente no eran tenidas en cuenta, esto aporta a la visibilización de la población en zonas apartadas.

Es alarmante el dato sobre la asistencia a los servicios de rehabilitación y a la atención recibida por la condición de discapacidad. De manera general la PcD dice no asistir y no haber recibido servicios, independientemente de la zona de ubicación. Pero lo que agrava la problemática, es reconocer que se desconoce (no definido) y la PcD refiera que no hay servicios de rehabilitación en los municipios independientemente la zona. Esto muestra las dificultades que a nivel nacional poseen los servicios de rehabilitación. No en toda las zonas hay presencia de profesionales expertos en el tema para el abordaje de la PcD, esto puede deberse a la organización del sistema de salud el cual ha sido fragmentado, y en el que pocas veces se prestan servicios de rehabilitación integral que respondan a la necesidades particulares de la población, además, no hay presencia de profesionales de rehabilitación en todos los niveles de atención en salud, generalmente, se encuentran en segundo, tercer y cuarto nivel de

atención donde los servicios de rehabilitación son indispensables por las secuelas evidentes en el paciente. Otro elemento que complejiza este panorama es el bajo reconocimiento de las profesiones de rehabilitación, tanto en su labor, como en su autonomía, puesto que su quehacer está limitado a las órdenes médicas, es decir, es otro profesional (médico general o especialistas) el que decide si la persona requiere o no servicios de rehabilitación y en ocasiones éste ignora los alcances de desempeño de cada una de las profesiones de rehabilitación existentes lo que hace que finalmente la PcD no acceda a los servicios requeridos. Adicionalmente, no se puede desconocer que las condiciones laborales (remuneración, seguridad) de las diferentes zonas no ofrecen las garantías para el ejercicio los profesionales en rehabilitación y esto hace que no haya suficiente personal para atender las necesidades de la PcD.

Respecto a las razones por las cuales no reciben servicios de rehabilitación las PcD reportan la falta de dinero y la no autorización del asegurador. Esto demuestra lo excluyente que puede ser el sistema de salud y el acceso a los servicios de rehabilitación. Entonces, la PcD debe tener la capacidad económica para poder acceder a éstos, y ¿dónde queda tema de la garantía de derechos y la prevalencia de éstos para las PcD que requieren de manera oportuna acceder a procesos de rehabilitación para minimizar el impacto de la condición y mejorar la calidad de vida? Es una deuda del Estado y de los organismos gubernamentales garantizar el derecho a la salud, en la cual se incluyen el acceso a la atención integral y oportuna de los servicios de rehabilitación bajo el enfoque diferencial que requiere la PcD sin tener en cuenta su capacidad económica. Lo que concierne a las limitaciones que interponen los aseguradores y a las múltiples trabas que generan a través de las autorizaciones, es un tema de control de las entidades gubernamentales. Es evidente que muchos elementos que se han establecido para garantizar la calidad de vida de las PcD no se cumplen, la mayoría se está quedado en escritos, como letra muerta.

El no realizar acciones efectivas que garanticen procesos de rehabilitación para la PcD genera para el Estado un alto costo económico y social. Esto implica que el gasto en salud sea más alto, pues una condición de discapacidad puede complejizarse y requerir costos de atención muy altos, representados en instancias hospitalarias prolongadas, demanda de especialistas y subespecialistas, de medicamentos de alto

costo, de dispositivos de mantenimiento y subsistencia, en fin, un sin número de requerimientos posibles que podría requerir una PcD. Respecto al costo social lo que tiene que ver con el tema de la exclusión, la discriminación, las barreras, el no asumir la responsabilidad social y colectiva, hace la PcD se sienta disminuida, invisibilizada, además, como lo afirma Hernández 2005 "La discapacidad debe ser reconocida como una variable de la política económica, como quiera que su peso está representado en las oportunidades de desarrollo de un país. La dependencia e improductividad representan costos sociales de la discapacidad. Los esfuerzos políticos tendrán que reorientarse hacia la recuperación del capital humano de las personas en condición de discapacidad".

Es una necesidad latente continuar trabajando por realizar una caracterización de la PcD más confiable y así lograr consolidar una estadística para conocer el panorama real del territorio nacional. Pero no solo con esto es suficiente, en paralelo se deben abordar las problemáticas que son evidentes, en las cuales se observan temas como el acceso, la integralidad de la atención, los servicios de rehabilitación, todo esto, bajo el enfoque diferencial que demanda la PcD, con el fin de lograr establecer lineamientos para la aplicación de Modelos de atención integral que resulten más efectivos para la población y que generen a mayor impacto social y económico.

Priorización de Territorios

Desde la problematización de la presente investigación se han planteado premisas que explican como la oferta de servicios de rehabilitación ha estado concentrada mayoritariamente en las zonas urbanas, ligadas a la prestación de servicios de salud del componente complementario y en ese sentido se destaca la oportunidad que trae la política integral de atención en salud para aumentar la capacidad resolutive del componente primario de atención en salud.

Esta premisa, se retoma para guiar en el desarrollo metodológico de la investigación especialmente al momento de definir los territorios en donde se realiza el trabajo de campo. Por lo anterior, para la priorización de los tres territorios, establecidos desarrollar el trabajo de campo de la investigación, se realizó en un primer momento la identificación de aquellos departamentos donde se reporta mayor número de personas con

discapacidad (Tabla 2) en las variables de zonas geográficas clasificadas como “Rural Disperso” y Centro Poblado” desde la información que brinda el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

En tal sentido, Los departamentos de Antioquia con 47460 PcD registradas y Nariño con 32562 PcD registrada fueron priorizados pues ocupan en al ámbito nacional el primer y segundo lugar respectivamente en población con mayor número de personas inscritas en el RLCPD.

Adicional a la definición de los dos departamentos prioritarios por número de personas identificadas, se consideró de manera especial a Bogotá Distrito Capital como el tercer territorio, este último tiene como valor agregado que es un territorio esencialmente urbano con una zona rural altamente dispersa y donde se encuentra el mayor desarrollo político y administrativo del país, situación que permite identificar contrastes poblacionales y administrativos entre los territorios seleccionados.

Perfiles Territoriales

Una vez desarrollada la selección de los territorios en el ámbito departamental y distrital se procedió a determinar los territorios acotados al ámbito municipal y local pues esta investigación tiene planteado hacer una observación territorial en municipios donde la prestación de servicios de salud se desarrolla desde el componente primario, es decir en municipios donde la prestación de servicios complementarios es escasa o nula.

Así las cosas, se creó tres perfiles territoriales y en función de estos se escogió los municipios de trabajo territorial. Para la definición de estos perfiles se estableció un criterio específico para cada perfil y unos criterios generales que se aplican a todos los perfiles

Perfil 1: El criterio específico de este perfil es que no exista prestación de servicios de rehabilitación directamente en las IPS que brindan cobertura en territorio

Perfil 2: El criterio específico de este perfil es que en el municipio o localidad exista la prestación de servicios de rehabilitación sin que tenga un enfoque de base comunitaria y que se encuentren en funcionamiento en el momento.

Perfil 3: El criterio específico de este perfil es que en el municipio o localidad existan implementadas experiencias de servicios de rehabilitación de base comunitaria y que se encuentren en funcionamiento en el momento los criterios opcionales que aplican a los tres perfiles.

Los criterios generales para la selección de territorios fueron:

- Que existiera procesos organizativos de personas con Discapacidad
- que existiera una Empresa social del Estado como prestadora de servicios de salud en el territorio
- Que exista contactos preliminares en los territorios para desarrollar el trabajo de campo con los diferentes actores
- Que haya acceso a la información de políticas y planes territoriales relacionados con la prestación de servicios de rehabilitación

En este orden se mapeo cada uno de los departamentos y distritos preseleccionados y se identificó en qué lugares se podían encontrar cumplimiento de los criterios específicos y generales teniendo como resultado la siguiente distribución.

Tabla 9. Distribución según criterios.

PERFIL	DEPARTAMENTO O DISTRITO QUE APLICA AL PERFIL	MUNICIPIO O LOCALIDAD QUE APLICA AL PERFIL
1	Bogotá Distrito Capital	Sumapaz
2	Nariño	Samaniego
3	Antioquia	Apartadó

Bajo el anterior panorama se tiene en la definición territorial tres escenarios diferentes que a su vez son complementarios y bajo esta organización se puede obtener información diferencial frente a un mismo objeto de observación, situación que favorece los procesos de saturación de información y permitirá identificar elementos comunes y diferenciales para el propósito de esta investigación.

Análisis territorial de los municipios/ Localidades escogidos

Para realizar el análisis territorial se realizó la revisión de dos documentos orientadores de política que dan cuenta de las dinámicas de cada territorio frente prestación de servicios de salud y el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Los documentos a analizados fueron, los planes territoriales de salud y los documentos de análisis situacional ASIS:

Planes territoriales de Salud: el Ministerio de Salud y Protección social los define como el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública.

Los contenidos del Plan Territorial de Salud son el Análisis de Situación de Salud con el modelo de determinantes de la salud, la priorización de la caracterización de la población afiliada a las Empresas Promotoras de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB y Administradoras de Riesgos laborales, la priorización salud pública y el componente estratégico y de inversión plurianual del Plan Territorial de Salud (art 7 de la Resolución 1536 del 2015).

Los instrumentos de ejecución o implementación del Plan Territorial de Salud son el Componente Operativo Anual de Inversiones –COAI y el Plan de Acción en Salud – PAS que permiten programar en cada anualidad durante el periodo de gobierno los recursos vinculados a los programas y proyectos viabilizados en el plan de desarrollo en el COAI y la programación trimestral de las intervenciones, actividades, recursos y responsables vinculados a las estrategias y metas de producto (o metas de componente) del componentes estratégico del Plan Territorial de Salud (art 29 y 34 de la Resolución 1536 del 2015).

Análisis territorial de la localidad del Sumapaz.

Consideraciones geográficas.

Sumapaz es una localidad que se ubica en el extremo sur del Distrito y limita al norte con la localidad de Usme; al sur con el departamento del Huila; al oriente con los municipios de Une, Gutiérrez y con el departamento del Meta, y al occidente, con los municipios de Pasca, San Bernardo, Cabrera y Venecia, tiene una extensión total de 78.095.2 hectáreas en las cuales todas con clasificados como suelo rural, en las cuales 46811,5 hectáreas corresponden a suelo protegido, Cabe resaltar que esta localidad no

tiene terrenos catalogados como suelo urbano ni suelo de expansión, y la localidad con mayor extensión en el Distrito.

Sumapaz presenta un relieve en montaña que está conformado por sectores quebrados y fuertemente quebrados, tiene amplios valles como el del río Santa Rosa, este da recursos hídricos de Colombia, en el cual hace parte de las cuencas de los ríos Magdalena y Orinoco, tiene un páramo que da vida extensa de la misma localidad, donde está ubicada sobre los 3.500 m de altitud.

Como aspectos generales del territorio tiene un número de habitantes de 5667 con una extensión en km. De 780,95, con un número de personas con discapacidad registradas en el RCLPCD 455, el número de prestadores de servicios de salud 2 relacionadas con el número de veredas o centros poblados del territorio los cuales son 3, en la cantidad de prestadores de Nivel primario de salud en prestadores de servicios de promoción y prevención es de 2, las entidades de servicio de salud son; Subred integrada de servicios de salud E.S.E, USS Nazaret CAMI el cual es de servicio primario, donde las estrategias utilizadas con en los servicios de consulta externa, odontología, urgencias y hospitalización principalmente la atención de médicos generales, atención de parto de baja complejidad, Atención extramural, la otra entidad es la Subred integrada de servicios de salud sur E.S.E UPA San Juan lo cual los servicios de atención son consulta externa, odontología, urgencias, hospitalización y principalmente la atención de médicos generales, es importante resaltar que no se cuenta con servicios complementarios como lo son las terapias en todos los campos, la distancia que existe a la vereda más lejana está a 34km.

En la población de discapacidad se evidencia un análisis de morbilidad por parte de la Subred Sur E.S.E en los años 2004 – 2015, donde se cuenta con cinco alteraciones permanentes más afectadas son en el sistema nervios (55,9%), movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (44,1%), auditivas (14%), voz y habla (10,4%) y demás órganos de los sentidos 1.2 %, en el los años de julio 2012 a junio 2015, los programas de territorios Saludables que ofrece Bogotá se realizó una cobertura de 56.272 de las personas en condición de discapacidad.

Con respecto al transporte y la llegada a San Juan de Sumapaz es relevante destacar que históricamente se ha convertido en un territorio de presencia de grupos

insurgentes en la actualidad se evidencia calma y confrontación, entre las fuerzas armadas revolucionarias de Colombia y el ejército nacional, no es fácil el orden público por el manejo del mismo, por esta inestabilidad de las condiciones de seguridad social, las autoridades locales hacen su acción en lo mínimo debido que esto se debe basar es a nivel nacional.

Realizando el análisis de planes territoriales de salud de Bogotá se destacan acciones de política que se configuran como una ventada de oportunidad para viabilizar la implementación de servicios de rehabilitación de base comunitaria: Una de estas acciones es el compromiso declarado por la administración distrital para:

1. Crear Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), distribuidos en todas las localidades de la ciudad que, cercanos a la gente, atenderán con estos para resolver integralmente las demandas de salud de la población [...] En estos centros se resolverán más del 70 % de las consultas que hoy se hacen injustificadamente por urgencias. Estarán ubicados cerca de los hospitales para permitir el alivio a sus servicios de urgencias, operando en coordinación con estos (PTS 2016)
2. La Nueva Estrategia de Atención Primaria en Salud será más resolutiva y tendrá como centro de desarrollo y operaciones los CAPS. Contará con equipos multidisciplinarios extramurales de atención, en coordinación con las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS), encargados de la búsqueda, atención y seguimiento a las poblaciones más vulnerables. Dentro de éstos, además existirán los Equipos de Atención Integral a Poblaciones Especiales, como personas de otros pueblos y ciudades, habitantes de la calle, personas en situación de discapacidad y población vulnerable. Focalizarán su labor en las localidades que presentan los peores indicadores de salud. Estos equipos se ampliarán de acuerdo a la demanda observada (PTS 2016)

Así mismo el PTS 2016-2020 se apoya en el concepto de salud urbana y en el enfoque de equidad, lo cual implica *“orientar esfuerzos hacia la reducción de diferenciales en salud presentes hoy en el Distrito Capital entre las áreas rural y urbana, las localidades, los regímenes de la seguridad social y los grupos humanos, los cuales*

se hacen evidentes en los resultados alcanzados en los indicadores con los que se mide el estado de salud y el nivel de desarrollo de la población. Así mismo, busca avanzar en una gestión conjunta y articulada entre sectores de la administración distrital; además, se orienta a rescatar el papel de la gobernanza y rectoría en la ciudad y a implementar políticas públicas para afectar aquellos determinantes que inciden en el proceso de salud enfermedad de la población”.

Lo anterior permite ubicar que desde el marco político general del Distrito la localidad de Sumapaz puede verse reflejada en las acciones que buscan la equidad del acceso a la salud y que comprenden las acciones diferenciales y a su vez integradas para que la ruralidad sea visible en el centro urbano más grande del país

Un elemento fundamental del nuevo modelo de atención en salud que acoge Bogotá, D. C. es que la APS sigue siendo la estrategia fundamental en la concepción y operación de los servicios de salud que permite superar el concepto de puerta de entrada y primer nivel de atención, como también el de la separación artificial de lo individual y lo colectivo, para así afectar directamente los determinantes estructurales de la salud y dar paso a la atención integral por redes integradas que fomentan la salud, previenen la enfermedad y resuelven de manera efectiva y oportuna las demandas inmediatas de servicios.

Ahora bien, los documentos revisados no se refieren de manera explícita a los servicios de salud relacionados con la rehabilitación, no obstante hablan de garantizar bajo el enfoque anteriormente descrito los componentes esenciales de la prestación del servicio, como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros.

Así las cosas, hablar de una atención integral permite tener un marco óptimo para instalar servicios de rehabilitación ligados a la Atención Primaria en Salud.

Análisis territorial del municipio de Samaniego.

Consideraciones geográficas.

Dentro del plan de desarrollo del departamento de Nariño, el municipio de Samaniego se enfoca en trabajar sobre la accesibilidad a servicios con inclusión social, mediante la ampliación de coberturas y el mejoramiento de la calidad en servicios de salud,

educación, energía, gas, agua potable y alcantarillado (Plan Participativo de Desarrollo Departamental, 2016).

Bajo un análisis del territorio reconoce desafíos administrativos dirigidos hacia la Paz territorial con equidad social, fin de la pobreza, salud y bienestar, educación de calidad, cero hambre, igualdad de género. agua limpia y saneamiento, reducción de la desigualdad, justicia e instituciones sólidas.

En el apartado de salud y bienestar, se explicita que en el territorio se viene avanzando en el restablecimiento de los derechos en salud de las personas con discapacidad, fortaleciendo los comités municipales de salud, se busca según el plan de desarrollo, dinamizar la localización y el registro de las personas con discapacidad y con ellos potenciar e impulsar los programas de acompañamiento.

Vale la pena señalar que los programas propuestos se enmarcan en la estrategia de RBC (rehabilitación basada en la comunidad), buscando dinamizar en los espacios cotidianos las soluciones a las situaciones que viven diariamente las personas con discapacidad, de una manera más participa y vinculante.

Los elementos que llaman la atención dentro del plan territorial de salud con vinculación al trabajo social y comunitario en el municipio son:

Garantizar las acciones individuales y colectivas de promoción, prevención, mitigación y superación de los riesgos para mejorar el estado de salud de la población Nariñense.

Metas:

- Mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años.
- Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año.
- Reducir la razón de mortalidad materna.
- Reducir el porcentaje de desnutrición GLOBAL en menores de 5 años.
- Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres de 10 a 54 años.
- Mantener la prevalencia de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años de edad.
- Reducir la Mortalidad por Malaria.
- Mantener la Mortalidad por Dengue.

- Mantenido la curación de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva - Reducida la Tasa de Suicidio.
- Aumentada la atención en Salud Mental a pacientes víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia basada en género.
- Reducida la proporción de sobrepeso en adultos de 18 a 64 años.
- Disminuida la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y obesidad en menores de 40 años.
- Mantenido la proporción de municipios con IVC en el componente de Salud Ambiental.
- Construido, ejecutado y evaluado el modelo de gestión subregional como propuesta de articulación intersectorial y generación de conocimiento para mejorar intervenciones.

Promoción social:

Fortalecida mediante el desarrollo de las competencias del IDSN la participación e inclusión social que permita el acceso a los servicios de salud de grupos especialmente protegidos constitucionalmente en el Departamento de Nariño.

Meta:

Mejorada la participación y el control social en el Departamento de Nariño en cuanto a la inclusión y trato diferencial a las poblaciones indígenas, afrocolombianas, en situación de desplazamiento y de discapacidad.

Análisis territorial del municipio de Apartadó – Antioquia.

Consideraciones geográficas del territorio.

Apartadó se encuentra ubicado en la zona noroeste del Departamento de Antioquia en las coordenadas 7°52' 40" de latitud norte y 76° 37' 44" de longitud oeste, hace parte del denominado Urabá Antioqueño.

Los límites municipales de Apartadó son: por el norte con el Municipio de Turbo, por el oriente con el Departamento de Córdoba, por el sur y occidente con el Municipio de Carepa. La altitud de la cabecera es de 25 msnm, el área total del municipio es de 607 Km² de los cuales 5,65 km² pertenecen al área urbana, consta de 49 barrios, 4 comunas, 4 corregimientos que son El Reposo, San José de Apartadó, Vijagual y Puerto Girón y 57

veredas; número total de 178.257 habitantes, un número de ##### personas en condición de discapacidad la temperatura promedio es de 28°C y la distancia a Medellín de 344 Km. Apartadó es el principal centro poblado de Urabá y alberga como población flotante la de mayores recursos, pues llegan hasta allí los trabajadores de las grandes empresas productoras, como las de apoyo a la producción, al mismo tiempo se constituye en el mayor centro de prestación de servicios institucionales y financieros de la zona centro de Urabá. La cabecera municipal se vincula de manera eficaz con el Corregimiento El Reposo, favorecida por su ubicación sobre la vía troncal Medellín - Turbo, éste se constituye en el flujo principal y paso obligado de la población que trabaja en las bananeras.

Apartadó se constituye en centro prestador de bienes y servicios que acoge la demanda de Zungo y sus veredas aledañas. La vía Casa verde - Zungo Embarcadero es una vía pavimentada que tiene rutas continuas de transporte colectivo. El corregimiento de San José cuenta con una vía de acceso que se vincula directamente a la cabecera de Apartadó, se encuentra sin pavimentar y su estado es regular, tiene una gran dinámica por la gran cantidad de veredas que vincula.

La estratificación socioeconómica la conforman los siguientes estratos:

Estrato Bajo-Bajo: se encuentra en la parte nor-oriental y sus viviendas presentan las más bajas especificaciones respecto de los materiales de construcción, la cobertura de los servicios públicos domiciliarios es deficiente; corresponden a este nivel de estratificación, los barrios: Obrero, Las Brisas, 1° de Mayo, La libertad, Barrio La Paz y La Chinita.

Estrato Bajo. Lo constituyen los barrios ubicados en la zona nororiental hacia la serranía tales como: el Barrio Policarpa, Urbanización La Arboleda, Urbanización Santa María, Barrio Antonio Roldán, el Fondo Obrero, Pueblo Quemao, Barrio Diana Cardona y 6 de enero. En la parte nor-occidental este estrato tiene tendencias al mejoramiento debido a la calidad de los materiales de construcción utilizados: barrios Laureles y Nueva Civilización.

Estrato Medio-Bajo. Las mayores concentraciones de viviendas están localizadas en el sector nor-oriental y la menor concentración en la zona suroriental, lo conforman los barrios Alfonso López, el Consejo, La Alborada, San Fernando, Pueblo Nuevo en los

cuales predominan los inquilinatos con un alto grado de hacinamiento, Las Playa, la cadena, Manzanares y El Amparo. • Estrato Medio. Es el estrato menos representativo numéricamente, se encuentra localizado principalmente en el cuadrante sur-occidental de la cabecera municipal. Las urbanizaciones poseen aceptables condiciones físico espaciales y están construidas con materiales de buena calidad, se hace referencia a los, Barrios Villa del Río, Los Pinos, Los Almendros, El Barrio Ortiz y Los Álamos.

Cuenta con diez sectores prestadores de salud que consta de: Hospital Antonio Roldan Betancur, Clínica Panamericana, Clínica de Urabá, Clínica Chinita, Fundación Renal de Colombia, Cardio estudios las cuales tienen servicios complementarios y en Hogar Psiquiátrico Pensando en Ti S.A.S, Omega S.A.S, Oftalmoservicios IPS S.A.S, Unidad visual Mundial cuentan con servicios primarios de salud. En el Sistema de transporte urbano En el municipio de Apartadó existe una terminal de transporte ubicada al lado de la plaza de mercado en el sector sur oeste de la cabecera municipal, está articulada a la carretera troncal Medellín –Turbo por medio de vías de carácter terciario, pavimentadas en condiciones regulares de funcionamiento y con anchos de calzada insuficientes para que el flujo de vehículos desde y hacia la terminal sea ágil y eficiente.

El servicio en la terminal de transporte es prestado generalmente desde las 6:00 a.m. hasta las 6:00 p.m., con algunas excepciones que obedecen a factores exógenos del sistema, tales como orden público y horarios de prestación de servicios generales en la cabecera. La mayor demanda de movilidad se presenta los viernes, sábado y Domingo, debido a las actividades de mercado.

De lunes a jueves presentan niveles medios y bajos de movilidad, destacándose el miércoles por la poca actividad regional, lo cual se ve reflejado en el bajo transporte. El servicio prestado en la terminal lo realizan diversas empresas de transporte de carácter local, municipal y regional, tales como Cootransuroccidente, Sotragolfo, Transportes Gómez Hernández y Sotaurabá.

Específicamente en el área de la salud, se observa una apuesta hacia la articulación un entre la Secretaría de Salud Municipal con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Lo cual para el equipo de gobierno es el punto de partida para abordar el trabajo sobre los determinantes sociales que afectan el goce efectivo del derecho fundamental de la

salud de la población; esa gestión intersectorial propenderá por la eficiencia, la solidaridad y la equidad en cada uno de los procesos implementados.

Otra de las líneas de trabajo que se plantan desde el componente de salud, tiene que ver con una apuesta que incluye un énfasis en la promoción de la salud, a través del fomento de Estilos de Vida Saludable y la educación en salud, contribuyendo así a la prevención de enfermedades, mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada.

Otro de los énfasis que cobra fuerza dentro del plan de desarrollo es el eje del trabajo para la primera infancia del municipio, a quienes desde la estrategia de AIEPI en su componente comunitario se busca impactar en el perfil de morbimortalidad; así mismo, con el apoyo de las aseguradoras presentes en el municipio se encaminan acciones hacia el incremento de coberturas útiles del Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, y se gestionan convenios interadministrativos para la aplicación de biológicos no incluidos en el PAI (como el Neumococo en población de adulto mayor) que beneficiarían a las poblaciones más vulnerables.

A continuación, se mencionarán algunos lineamientos y/o metas o planes de salud que se implementarán en el municipio de Apartadó.

Propósito: Intervenir los determinantes sociales en salud mediante el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud renovada.

Programa: Aseguramiento en Salud.

Este programa busca en el cuatrienio el aumento en la cobertura para la población promoviendo la afiliación a los diferentes regímenes de salud, así mismo, para aquellos habitantes que por normatividad vigente no sea posible la afiliación a los regímenes existentes, el municipio garantizará la atención a la población pobre no asegurada que demanda los servicios a través de recursos dispuestos para ello.

Objetivo: Promover la cobertura universal en el aseguramiento en salud, para los y las habitantes de Apartadó.

Programa: Prestación del Servicio de Salud

En cuanto a prestación de servicios de salud, se propone el fortalecimiento de la Red de Atención en Salud municipal, en donde públicos y privados centrarán sus procesos de atención en el ciudadano como eje fundamental de su gestión asistencial y en el

cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; promoviendo así unos servicios de salud humanizados, equitativos, eficientes y continuos.

Objetivo: Promover el acceso y la calidad en la prestación de servicios de salud de la Red de Atención en Salud municipal.

Programa: Salud Pública

Otra meta planteada en el plan es la que se denomina Salud Renovada, en la cual se busca fortalecer la gestión social y comunitaria en salud, que permita aunar esfuerzos en la corresponsabilidad institucional y comunitaria, impactando en los determinantes sociales que afectan la salud de los habitantes del municipio; su ejecución estará a cargo de un equipo básico interdisciplinario que opere el Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Pública, con énfasis en la articulación intersectorial y el redireccionamiento de los servicios de salud, desde las derivaciones identificadas mediante la estrategia.

En cuanto a la atención primaria en salud para la población con discapacidad, no aparece nada explícito, simplemente se encuentran una serie de instituciones prestadoras de servicio que tienen algún énfasis en rehabilitación, dentro de las cuales se encuentran la clínica Panamericana de Apartadó, ubicada en la Zona Franca de Urabá, el hospital Antonio Roldan Betancur operado por la IPS Universitaria de la Universidad de Antioquia, el hospital Edgar Mauricio Plaza, la Clínica Panamericana, entre otros.

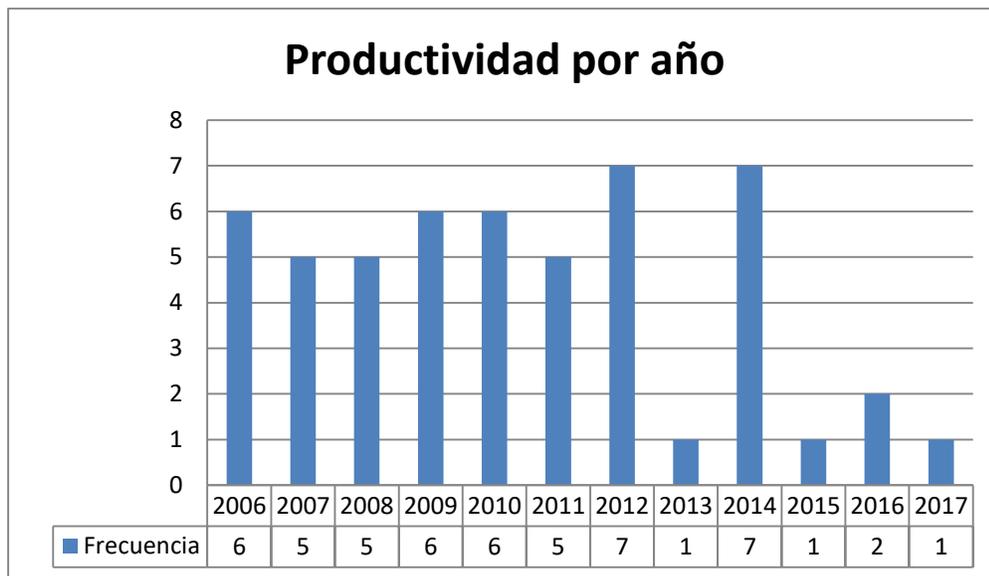
Capítulo IV- Resultados

Parte 1. Bibliometría

La primera parte de los resultados resumen las tendencias que presentan los hallazgos encontrados en el campo de la rehabilitación y el primer nivel de atención a partir del análisis de frecuencias sobre productividad.

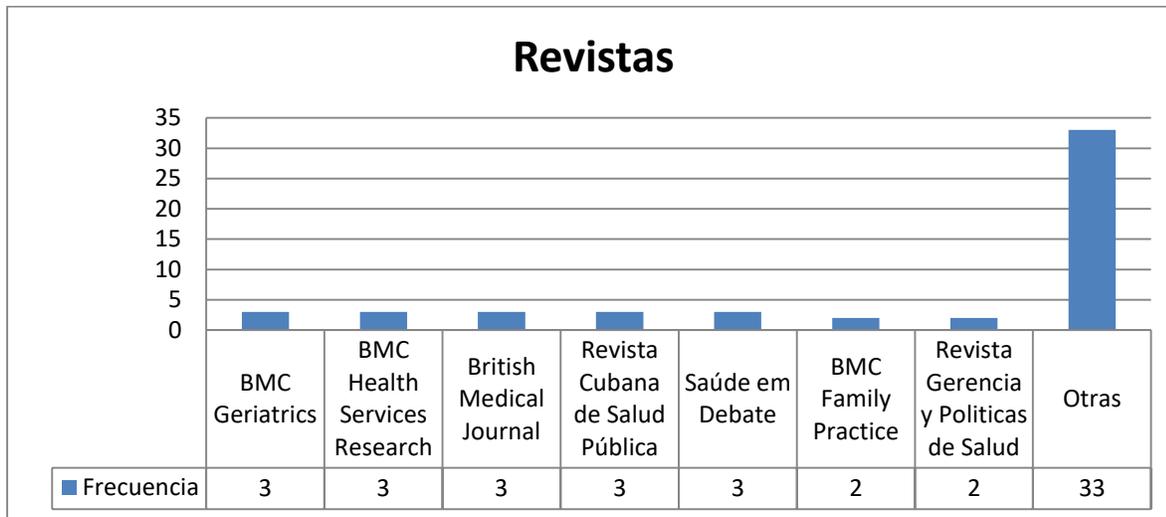
Frecuencias de productividad por año

Gráfico 20. Frecuencias de productividad por año



En el gráfico 20 se evidencia que la producción investigativa frente al tema tuvo un crecimiento constante desde el año 2006, sin embargo, esta productividad decae a partir del 2015. De esto, se resalta que los años de mayor producción bibliográfica son 2012 y 2014, entre los cuales se encuentra el año de menor producción de este periodo, 2013. La relación de artículos encontrados según el año es 2006 (6), 2007 (5), 2008 (5), 2009 (6), 2010 (6), 2011 (5), 2012 (7), 2013 (1), 2014 (7), 2015 (1), 2016 (2) y 2017 (1). Es importante destacar que la revisión correspondiente al 2017 se hizo tomando en cuenta únicamente los meses de enero, febrero y marzo, momento en el cual se inició la revisión global de la bibliografía. La media aritmética de las publicaciones realizadas entre el 2006 y 2016 es de 4.6, y entre el 2006 y 2017, 4.3.

Gráfico 21. Frecuencias de productividad por revistas



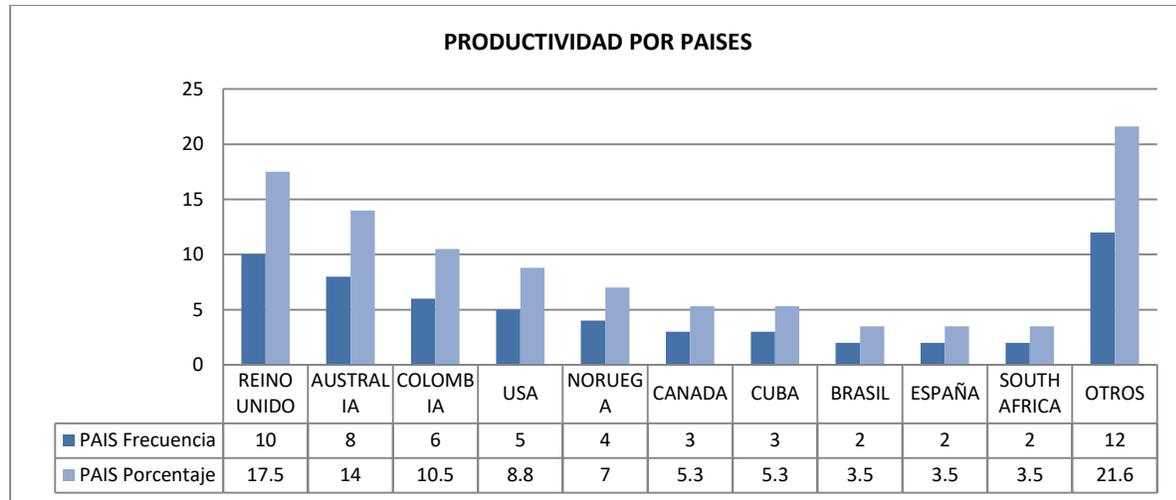
En cuanto a la productividad por publicaciones se evidencia que no es posible reconocer el liderazgo de una en particular, esto en virtud de que la mayor productividad registrada es únicamente de 3 artículos sobre el tema, que es compartida por 5 publicaciones. De este apartado se destaca que dentro de las 5 revistas con mayor productividad, 3 de ellas se originan en el Reino Unido (BMC Geriatrics, BMC Health Services Research, British Medical Journal), y dos son originadas en Latinoamérica (Revista Cubana de Salud Pública, Saúde em Debate). Las revistas que ocupan los lugares 6 y 7 corresponden a BMC Family Practice (Reino Unido), y Revista Gerencia y Políticas Públicas (Colombia).

El reconocimiento de estas revistas permite identificar que el tema ha sido una fuente de interés para el abordaje de la rehabilitación en comunidad sobre todo el población adulta mayor (apropósito de la presencia de BMC Geriatrics dentro de las 5 con mayor productividad), lo que es un reflejo del constante aumento de la esperanza de vida que desde mediados del siglo XIX se registra (González, 2017), con el consecuente incremento de enfermedades crónicas y un mayor nivel de población dependiente.

El tema, que se traduce en la progresiva transformación de las estructuras sociales (aunado al tema de la reducción de la tasa de fecundidad), sienta las bases para que los esfuerzos de los sistemas de salud desde la perspectiva de la rehabilitación de base comunitaria se focalicen en el envejecimiento activo y los procesos de atención a la población mayor, especialmente en los grupos poblacionales que presentan más

inequidades. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, Henríquez & de Vries, 2017).

Gráfico 22. Frecuencias de productividad por Países



La producción de los 52 artículos se hizo por 22 países colaboradores (Tabla 1). Al respecto, el liderazgo que tiene el Reino Unido -debido a la cantidad de revistas que son originarias de este país- dialoga claramente con la producción científica que se realiza en su país, aunque hay una discrepancia sobre quien ocupa el segundo lugar, estableciendo una clara diferencia entre los países con más revistas con publicaciones sobre el tema y los países en los cuales se desarrollan más procesos investigativos. Al respecto, el análisis de productividad por revistas posiciona al Reino Unido en el primer Lugar, Brasil en segundo, y Cuba en tercero, mientras que la frecuencia de producción investigativa por países se concentra en el Reino Unido en primer lugar, con 10 colaboraciones y Australia en segundo lugar, con 8. Por su parte, Cuba y Brasil ocupan los lugares 7 y 8, con 3 y 2 Colaboraciones, respectivamente.

En este listado, es pertinente explicitar que dentro de los países con mayor producción académica frente al tema Colombia se encuentra ocupando el 3 lugar con participación en 6 artículos, aunque la publicación de estos en revistas nacionales se reduce a la tercera parte de la producción total encontrada, consignando al país en el 7 lugar, con dos artículos publicados en la revista Gerencia y Políticas de Salud, de la Universidad Javeriana.

Tabla 10. Frecuencia de colaboración entre Países.

Frecuencia de colaboración entre Países		
PAISES	ARTICULOS	PORCENTAJE
1	48	92%
2	3	6%
3	1	2%

En cuanto a la colaboración por países en la producción de investigaciones, se observa claramente que el mayor porcentaje de trabajos (92%) fueron desarrollados por un solo país. Esto podría suceder debido a que las investigaciones responden a las necesidades puntuales de cada país, a sus políticas, economía, población, etcétera. En el mismo sentido, el porcentaje de países que colaboraron se reduce al 6% para dos países, de los cuales se identifica que 1 artículo involucra el estudio de realidades específicas en escenarios internacionales diferentes a los de los países investigadores (USA y Reino Unido estudian una realidad en India), 1 realiza la comparación de un fenómeno de rehabilitación entre USA y Filipinas, y un tercero en el que la financiación de parte del personal que participa en la investigación es realizado en una alianza entre Australia y China. El último artículo, desarrollado por 3 países (2% del total), aborda el análisis de la política pública de Brasil, sin otras implicaciones internacionales aparentes.

Tabla 11. Distribución de artículos por revista y año.

Nombr e de la revista	Año												Tot al
	200 6	200 7	200 8	200 9	201 0	201 1	201 2	201 3	201 4	201 5	201 6	201 7	
BMC Geriatri cs	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
BMC Health Service s Resear ch	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

British Medical Journal	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Revista Cubana de Salud Pública	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3
Saúde em Debate	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
BMC Family Practice	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Revista Gerencia y Políticas de Salud	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Otras	5	1	1	3	6	5	5	1	2	1	2	1	33
Total	6	5	5	6	6	5	7	1	7	1	2	1	52

En cuanto a la distribución de artículos por revista y año se encuentra que no existe regularidad en la publicación documental en las principales revistas, aunque se resalta que a partir del año 2010 la publicación de artículos cambia. En la tabla 2 se evidencia que antes del 2010 las revistas con mayores publicaciones son europeas (BMC Geriatrics, BMC Health Services Research y la British medical Journal), pero desde este año su producción decae a 0 (cero), siendo las revistas latinoamericanas (Revista Cubana de Salud Pública y Saude em Debate) quienes realizan publicaciones, aunque solo hasta el año 2014, encontrándose que ninguna de las 5 primeras revistas realiza publicaciones del tema desde el 2014y hasta el primer trimestre del 2017.

La tabla 11 también demuestra que el tema no es regularmente tratado por ninguna de las publicaciones, concentrando sus picos de producción a un solo año (BMC Health Services Research realizo 3 publicaciones sobre el tema en 2008, y British Medical

Journal 3 publicaciones en 2009 y Saúde em Debate 3 publicaciones en 2014, lo que evidencia el poco interés que el tema genera en la comunidad académica.

Tabla 12. Clasificación de las revistas según “The SCImago Journal & Country Rank”

Título	ISSN	SJR		H INDEX	PAIS
BMC Geriatrics	14712318	Q1	1.133	45	United Kingdom
BMC Health Services Research	14726963	Q1	1.041	75	United Kingdom
British Medical Journal	9598146	Q1	2.687	358	United Kingdom
Revista Cubana de Salud Pública	8643466	Q3	0.241	7	Cuba
Saúde em Debate	NA	NA	NA	NA	Brazil
BMC Family Practice	14712296	Q1	1.070	49	United Kingdom
Revista Gerencia y Políticas de Salud	16577027	Q4	0.175	4	Colombia

En la tabla 12 se presenta la clasificación por cuartiles de las revistas según Scimago. Esta tabla demuestra que 4 de las 7 principales revistas se encuentran en el cuartil 1, lo que se significa que estas publicaciones, a pesar de no tener un flujo permanente de publicaciones sobre el tema, tienen un impacto importante dentro de la comunidad académica. Por otro lado, esta tabla también permite reflexionar sobre la fortaleza de las revistas latinoamericanas en comparación con las revistas europeas cuando de cumplir estándares internacionales de impacto se trata.

Evidentemente, las revistas con más alta clasificación son europeas, mientras que las latinoamericanas tienen una clasificación inferior o de hecho no la tienen, como lo demuestra la revista Saude em Debate, del Brasil. Dado que el ranking que ofrece Scimago registra información sobre el impacto y la calidad de las publicaciones (Scimago, 2012), es clave reconocer que el apoyo que se ofrecen a los procesos de

investigación es determinante en el impacto que estas revistas tengan a nivel mundial. De acuerdo a datos ofrecidos por el Banco Mundial, el porcentaje del producto interno bruto que invirtió el Reino Unido en 2015 en investigación fue del 1,70%, Brasil en 2014 invirtió el 1,16% de su PIB, Cuba en 2015 invirtió el 0,428% mientras Colombia en 2015 tan solo el 0,24% (Banco Mundial, 2015), demostrando la relación entre la financiación y el impacto, aunque esto lleve a Cuestionarse sobre las necesidades puntuales de las sociedades en cuanto a los servicios de rehabilitación de base comunitaria, la investigación que se realiza al respecto y el presupuesto que los países invierten.

Tabla 13. Productividad por instituciones

Nombre de la institución	Frecuencia	Porcentaje
Universidad Javeriana	4	4,0
King's College London	3	3,0
Bergen University College	2	2,0
Columbia University	2	2,0
McMaster University	2	2,0
Monash University	2	2,0
University College London	2	2,0
University of Queensland	2	2,0
University of Sydney	2	2,0
University of Technology Sydney	2	2,0
University of Toronto	2	2,0
Otras	76	76,0

La matriz de análisis evidencia que los 52 artículos seleccionados fueron producidos por 87 instituciones, siendo la Universidad Javeriana, de Colombia, con 4 colaboraciones, la institución con mayor productividad investigativa. Seguido, se encuentran 2 instituciones del Reino Unido (King's College London, University College London), 1 Noruega (Bergen University College), 1 de Estados Unidos (Columbia University), 2 de Canada (McMaster University, University of Toronto), y 3 Australianas (Monash University, University of Queensland, University of Technology Sydney), lo cual, además de ser consonante con los resultados de productividad por país, posiciona a la Universidad Javeriana como la única institución latinoamericana en producir información al respecto.

Productividad por autores: el total de autores fue de 260. De estos, se destacan Vega Romero, con 3 publicaciones, y Drummond Avril, Forland Oddvar, Hernández Torres Jinneth, Kjekken Ingvild, Mosquera Méndez Paola Andrea y Tuntland Hanne, con 2 publicaciones cada uno.

Tabla 14. Productividad de autores y publicaciones

Autor	Categoría de la publicación			Total de artículos publicados por autor
	NA	Q1	Q4	
Mosquera Paola Andrea	1	0	1	2
Drummond Avril	0	2	0	2
Forland Oddvar	0	2	0	2
Hernández Torres Jinneth	1	0	1	2
Kjeken Ingvild	0	2	0	2
Tuntland Hanne	0	2	0	2
Vega Romero Román	1	0	2	3
Total por cuartiles	3	8	4	15

De este análisis es interesante resaltar los 3 autores latinoamericanos más productivos realizaron 3 publicaciones en revistas sin cuartil según scimago, y 4 publicaciones en revistas ubicadas en el cuartil 4, mientras que los 4 autores restantes realizaron 8 publicaciones ubicadas en revistas cuartil 1, y ninguna en revistas cuartil 2,3,4 o sin cuartil. Lo que esto implica es que a pesar de que el 47% de las publicaciones realizadas por los autores más productivos son latinoamericanos, estas no tienen el mismo impacto que las realizadas en las revistas Q1. La tabla 5 evidencia la relación de autores y cuartiles de revistas.

Tabla 15. Distribución de los artículos por año y autor

	Año						Total
	2006	2010	2011	2012	2014	2015	
Mosquera Paola Andrea	0	0	1	1	0	0	2
Drummond Avril	0	1	0	0	1	0	2
Forland Oddvar	0	0	0	0	1	1	2
Hernández Torres Jinneth	0	0	1	1	0	0	2
Kjeken Ingvild	0	0	0	0	1	1	2
Tuntland Hanne	0	0	0	0	1	1	2
Vega Romero Román	1	0	1	1	0	0	3
Total	1	1	3	3	4	3	15

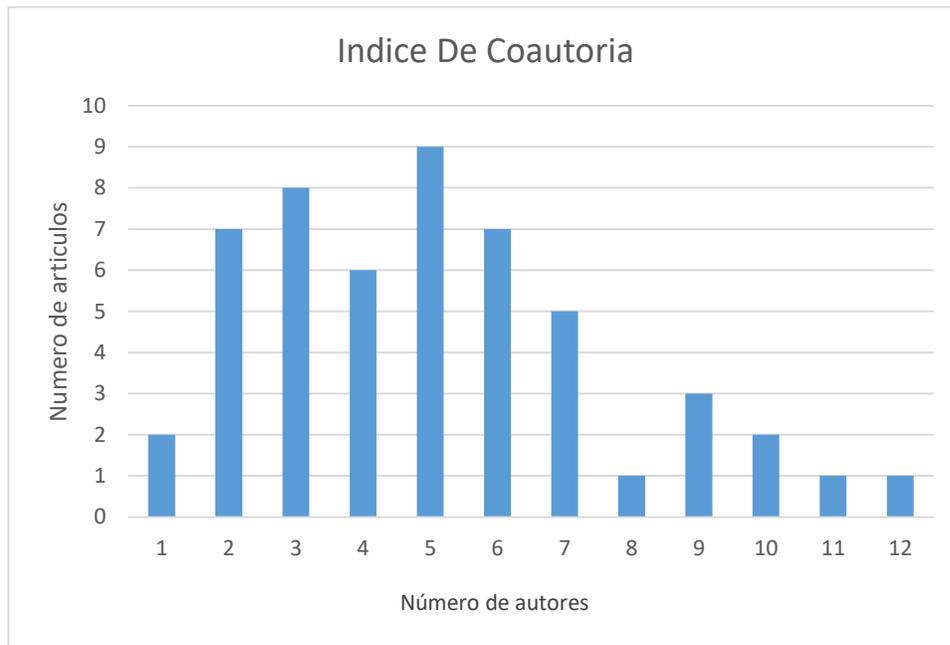
En la relación con la distribución de autores por año se evidencia que el periodo de productividad más alta se da entre los años 2010 y hasta el 2015, además, se evidencia que, durante los años 2007, 2008, 2009 y 2016, los autores no realizaron publicaciones.

Índice de coautoría: El índice de coautoría o de colaboración entre autores, que refleja la colaboración científica entre diferentes investigadores, evidencia que para la muestra la media aritmética de autores por artículo es de 5,08, con un valor mínimo de 1 y un máximo de 12 autores para un mismo artículo.

Además, la moda y la mediana es de 5, y la desviación estándar de 2,626, de acuerdo al análisis arrojado el programa SPSS versión 24.

El análisis también evidencia que el 17,3% de los artículos es producido por 5 autores, el 15,4% es producido por 3 autores, y el 13,5% por 2 y por 6 autores. El porcentaje mínimo de colaboración entre autores corresponde al 1,9%, para los artículos con 8, 11 y 12 producciones.

Gráfico 23. Índice de Coautoría



Por otro lado, la tabla 16 evidencia que el año que se produjeron más artículos en coautoría fue el 2010, con 43 autores, seguido del 2009 con 36 y el 2012 con 33, mientras que el año con menor coautoría fue el 2013, con 4 autores.

Tabla 16. Distribución de Coautoría y año de publicación.

AÑO	NUMERO DE AUTORES												Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
2006	1	1	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	6

2007	0	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	5
2008	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	5
2009	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1	0	6
2010	0	1	0	0	1	0	2	0	0	1	0	1	6
2011	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	5
2012	0	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	7
2013	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2014	0	1	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	7
2015	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2016	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
2017	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	2	7	8	6	9	7	5	1	3	2	1	1	52

Análisis de temáticas desarrolladas

Tomando como base que la lectura de los artículos se hizo en clave del reconocimiento de los elementos que permitan situar la construcción de los elementos conceptuales necesarios para proponer las orientaciones conceptuales y metodológicas para responder a los desafíos planteados específicamente por el componente primario de atención en salud y a partir de esto determinar un marco de antecedentes investigativos y de política pública que fundamente el diseño de servicios de rehabilitación en el componente primario de atención, las categorías temáticas encontradas responden a esta clave. A partir de la lectura rigurosa de los documentos, se determinaron 8 categorías para agrupar los temas abordados, dependiendo del enfoque que estos tengan.

Transversalidades de programas y modelos de aplicación de proyectos de base comunitaria

Es la categoría más extensa. Abarca los artículos que presentan experiencias generales sobre proyectos de rehabilitación de base comunitaria. En esta categoría se encuentran experiencias de proyectos de rehabilitación en casa, rehabilitación basada en determinantes, modelos de atención comunitaria en salud, modelos de atención a personas de la tercera edad, ejercicio posthospitalario, prevención de caídas, etc.

Estructura operativa interna: En esta categoría se resaltan elementos de análisis sobre la estructura de los servicios de rehabilitación y su relación con el desarrollo de

sistemas rentables para la atención de personas, además, hace referencia al trabajo de equipo como un elemento fundamental para el desarrollo de procesos de rehabilitación de base comunitaria.

Elementos relacionados con el contexto inmediato: se identificaron estudios que abarcan las características sociodemográficas de los lugares donde se prestan los servicios de rehabilitación y la relación con la aparición de enfermedad y discapacidad, el uso que de estos servicios hace la comunidad, y las consecuencias de establecer servicios de salud y rehabilitación de acuerdo a las características de las regiones.

Efectividad de los procesos de rehabilitación comunitaria: analiza la efectividad que han tenido los programas de rehabilitación de base comunitaria en diferentes grupos poblacionales y diferentes patologías o condiciones que ameriten la presencia de servicios de rehabilitación.

Medios y herramientas de aplicación: Recoge los artículos que abordan las técnicas y métodos con los cuales se trabaja el ejercicio de una rehabilitación para el primer nivel. Resalta elementos como la educación en salud, la alfabetización a través de redes sociales y el uso de tecnología para personas mayores.

Perspectivas y roles de los usuarios: este apartado toma en cuenta la perspectiva que las personas que participan como usuarios (pacientes, familiares, cuidadores, comunidad) tienen de la atención primaria en salud, de los procesos de intervención en zona rural y los programas que reconocen sus necesidades para estructurar una oferta de servicios coherente con cada contexto social.

Perspectivas y roles de los profesionales: Estudia el rol de los profesionales de diferentes carreras de la salud en los servicios de rehabilitación, sus contribuciones en la APS y su vinculación a modelos de salud familiar.

Políticas públicas y contextos nacionales: Recoge las experiencias de aplicación de modelos de rehabilitación de base comunitaria como la RBC o las políticas públicas de atención primaria y de APS desarrolladas por diferentes instituciones.

El análisis de los artículos seleccionados para este estudio permite reconocer que existe un mayor interés por parte de la comunidad académica en visibilizar las experiencias que devienen del desarrollo o ejecución de los proyectos de rehabilitación de base comunitaria, seguido del reconocimiento de las experiencias que sobre el tema

se han desarrollado en un marco de política pública. Por otro lado, es clave reconocer que este estudio bibliométrico pone sobre la mesa el ejercicio de rehabilitación dividido en actores y contextos, lo que ofrece una perspectiva clara al momento de darle cumplimiento al objetivo de esta investigación, pues las primeras orientaciones que se desarrollan a partir de este análisis perfilan la importancia del trabajo con 2 tipos de actores: 1. Quienes ejecutan las acciones de rehabilitación, y 2. Quienes participan como usuarios. Además, se deben tener en cuenta los funcionamientos internos de las instituciones prestadoras de este servicio, los medios y las herramientas que estas instituciones aplican para llegar a los ciudadanos, las condiciones contextuales de estos ciudadanos y cuál es su perspectiva sobre los servicios y, en esta medida, evaluar la efectividad de todo este ejercicio.

Gráfico 24. Categorías temáticas



Categorización de los estudios

La investigación arrojó 3 categorías básicas de trabajo: 1. Medios y herramientas, 2. Enfoques y 3. Realización efectiva de las capacidades para la vida. El análisis se realizó utilizando como base primordial los elementos característicos de cada artículo consignados en la matriz de Excel para el análisis bibliométrico. Una vez reconocidos estos elementos se procedió a la construcción bibliográfica que se presenta a continuación:

La investigación arrojó 3 categorías básicas de trabajo en relación a los procesos de salud y de la rehabilitación: 1. Medios y herramientas, 2. Enfoques y 3. Realización efectiva de las capacidades para la vida. El análisis se realizó utilizando como base primordial los elementos característicos de cada artículo consignado en una matriz de análisis.

Categoría Medios y herramientas.

En esta categoría se concentran los elementos que facilitan, promueven o condicionan el acceso a los procesos de rehabilitación, asociados al funcionamiento de los sistemas y modelos de salud, relacionando actores políticos, económicos, institucionales y sociales, de cara al bienestar, la participación, y la calidad de vida de las personas.

Como primer elemento en términos de los actores involucrados y responsables de los procesos de rehabilitación, aparece la conformación de los equipos de rehabilitación, en los cuales se hace mención, no solo a los profesionales que generan y hacen parte de estos equipos tradicionalmente (fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología), sino que también se mencionan profesionales que deberán actuar o estar presentes en estos equipos dependiendo del objetivo particular de la intervención (médicos especialistas en diversos temas como geriatría, enfermedades de Parkinson, así como psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, asistentes sociales, nutricionistas, parteras, antropólogos, entre otros).

Siguiendo en la línea de los actores y equipos de trabajo, en algunos textos, sobre todo en la investigación Gage, se hace mención a la importancia que tienen las prácticas de cuidado, dadas por personas entrenadas o capacitadas en la atención y apoyo a las personas con discapacidad, estas personas no son profesionales de la salud pero cuentan con saberes y experiencias que fácilmente pueden ser recursos en la promoción y desarrollo de procesos de rehabilitación, sobre todo en lugares de difícil acceso, en donde estas personas pueden ser promotores y dinamizadores de estrategias para la rehabilitación dentro de su comunidad.

Otro de los actores y como pilar del sistema de salud para los procesos de rehabilitación es el Estado, en cuanto a su misión frente al diseño e implementación de las políticas, programas y acciones, así como en relación con el sostenimiento y cobertura

de las mismas, pues tal y como lo menciona Bromet, et. al (2011) en la mayoría de los casos de APS se observa que los usuarios de áreas rurales, no tienen acceso suficiente a este servicio, dadas las condiciones de marginalidad y falta de presencia del Estado con inversión de recursos para la población que acude a los procesos de APS, de esta manera sus derechos a la salud y a la participación social se ven seriamente vulnerados.

Otro elemento común en los textos revisados es el que tiene que ver con la importancia de la capacitación y actualización de los procesos de rehabilitación por parte de los profesionales de la salud, de los diferentes equipos de apoyo, cuidadores y especialistas de cuidado, la familia y la comunidad en general, esto en razón al manejo de una filosofía de trabajo y comunicación común. Por otro lado, dadas las estrategias de trabajo comunitario propuesto por la APS a través de la RBC, es fundamental un diálogo horizontal entre las políticas, los actores sociales, los territorios de manera que se dinamicen las acciones desde una perspectiva integral y colaborativa.

Por otro lado, en términos del reconocer las dinámicas estructurales, para el avance de las políticas sociales y de salud, López, Borg & Mosquera identifican la importancia de que la rehabilitación y su visión de integralidad se piense y se desarrolle como un proceso continuo, en el que cada determinado tiempo los objetivos deben ser replanteados o reestablecidos de acuerdo a lo que se observe en los casos particulares. Además, debe ser un proceso multidimensional en términos de que las ganancias en funcionalidad deben estar acompañadas de procesos sociales como educación, trabajo, ejercicios de convivencia ciudadana, entre otros.

A partir de los textos revisados, se identifica que estructuralmente los ejercicios de rehabilitación parten principalmente de la voluntad política de los gobiernos y son ellos los principales responsables en términos de garantizar y generar procesos de financiación y co-financiación para mejorar la infraestructura ambiental y social que permita el desarrollo y puesta en marcha de los procesos de rehabilitación, lo que conllevaría a las prácticas y cultura de la inclusión social y con ellos el goce efectivo de los derechos.

Categoría Enfoques.

En esta categoría se tienen en cuenta los marcos de referencia sobre las cuales se observa la realidad de los procesos relacionados con la rehabilitación y la salud, así como

de las formas que han guiado las acciones y el quehacer de la rehabilitación, encontrando principalmente dos enfoques, el primero de ellos tiene que ver con los ejercicios dados desde los escenarios clínicos individuales, en donde se encuentra como elemento común, el enfoque centrado en la persona. Esto quiere decir, que se tienen en cuenta los intereses y necesidades particulares, dándole un lugar a las realidades y las comprensiones subjetivas sobre el bienestar, de esta manera también se busca capitalizar en y con la persona recursos para su proceso de rehabilitación, sin embargo, en ocasiones con vale la pena alertar los límites difusos en el que se le trasladan y responsabilizan categóricamente a la persona sobre el éxito o el fracaso de su desenvolvimiento en la vida cotidiana, en la salud y en la participación social.

El segundo enfoque tiene que ver con los ejercicios dados en los escenarios sociales en donde la capacidad de acción e intervención se traslada a la comunidad, la familia y la escuela, superando las barreras de las transcripciones médicas y transitando al diálogo y la construcción entre las comunidades y los profesionales de la salud. Es así que, como parte de las apuestas amplias desde las miradas más ecológicas, se reconoce que las dinámicas y las estructuras sociales son altamente responsables de la participación y de los procesos de rehabilitación de las personas con discapacidad. Como elemento resonante desde estas comprensiones, se identifica el interés por abordar la discapacidad y la rehabilitación desde una perspectiva de los derechos, en donde se reconocen a las personas y comunidades como agentes políticos y partícipes como ciudadanos, en materia de salud, el lugar del derecho se ubica en términos de promover el bienestar, prevenir y alertar situaciones que afecten la calidad de vida, de esta manera un cambio de paradigma en el cual se entiende que el bienestar no necesariamente se asume como el alivio de los síntomas sino más bien es la búsqueda en la superación de las barreras sociales que encuentren en su proceso vital, es decir, es la vivencia dinámica de relación entre la persona y el entorno.

Estos criterios permiten ver cómo la búsqueda de la salud ha transformado los paradigmas dominantes de la explicación de la discapacidad, pasando del modelo rehabilitador en el cual la discapacidad es vista como un trastorno en la salud que debe ser eliminado o minimizado. Y poco a poco ha entrado en diálogo con el modelo social el cual tiene una postura opuesta, pues para este modelo la discapacidad no tiene que ver

con los cuerpos humanos individuales, sino más con las dinámicas, estructuras y respuestas sociales.

Actualmente esta discusión entre los modelos mencionados anteriormente, permite reconocer que los procesos de salud y de atención a poblaciones con discapacidad, están vinculados determinantemente con procesos sociales, es decir, reconocer que los entornos, las formas de comprender la realidad, las prácticas de vida juegan un papel protagónico en las posibilidades de bienestar y de participación, así como de hacer consciente y movilizar el empoderamiento de las personas y comunidades como gestores de salud.

Categoría realización efectiva de las capacidades para la vida.

Esta categoría recoge los elementos que buscan potenciar y favorecer mejores condiciones de vida, brindar apoyo, soporte social y contribuir a la construcción del proyecto de vida y a la mitigación de las condiciones de marginalización de las personas. Aspectos como la autonomía, el autocuidado, la integración social y la efectividad de los abordajes terapéuticos, etc., permiten comprender la rehabilitación como una aproximación a la realización de una vida en plenitud y la posibilidad de teorización sobre la justicia social.

Como primer elemento de esta categoría, emerge el de visibilizar las estrategias que buscan favorecer la inclusión social de las personas con discapacidad y es así que se desarrollan procesos de planificación e intervención centrados en las personas, es decir, en donde el protagonista del proceso es la persona, haciendo una reconstrucción de la historia de vida, para con esto identificar sus cualidades, preferencias y necesidades y sobre todo descubrir la visión de un futuro deseable para generar y desarrollar un plan de acción que facilite la rehabilitación, pero que además le apueste a garantizar la calidad de vida y el cumplimiento de su visión de futuro.

Por otro lado, y siguiendo los planteamientos de Bradley, las intervenciones tempranas deben brindar información sobre las características de la discapacidad, las alternativas de abordaje, las posibles lesiones, manejar las expectativas de realización, fortalecer la auto-gestión y otra serie de elementos que hacen parte de la vida cotidiana, tales como la higiene, las técnicas de relajación y la importancia de las buenas dietas.

Todos los anteriormente expuestos serán claves para el desenvolvimiento en la vida cotidiana, la participación y la calidad de vida.

Como parte de los recursos para la potenciación de las capacidades, Mirza resalta el papel fundamental que tienen los cuidadores para la intervención temprana en la rehabilitación de niños con discapacidad, mostrando que son mucho más eficaces cuando se realizan en escenarios no clínicos teniendo en cuenta las características y dinámicas familiares y culturales. De esta misma manera Berterretche (2012) “considera la importancia del entorno y los antecedentes familiares dentro de los condicionantes de la salud y del papel de la familia en el fomento de la participación y de las condiciones de bienestar para las personas con discapacidad”.

Otro de los aspectos encontrados con consecuencias positivas sobre la salud de las personas con discapacidad tiene que ver con la constante capacitación y actualización sobre las políticas, procedimientos, programas, alternativas de intervención y acompañamiento que reciben profesionales de la salud, las familias y quienes conforman la comunidad cercana de las personas; con el fin de transformar los imaginarios sociales que se tienen alrededor de la discapacidad y con esto movilizar acciones desde enfoques basados en los derechos, las capacidades humanas y la diversidad. Esto significa reconocer en las personas sus potencialidades y generar mecanismos de apoyo basados en la realidad y en las necesidades en contexto de las personas con discapacidad.

Y es así que dentro de las técnicas y alternativas para la intervención se identifican las prácticas deportivas, los juegos, las artes, así como el uso de actividades y ejercicios, que propenden por la funcionalidad, la autonomía, la toma de decisiones, la participación social y la proyección de vida, si bien en el escenario terapéutico se hace necesario llevar a cabo las técnicas y modalidades de intervención, las intenciones de los procesos de rehabilitación buscan generar recursos y capitalizar capacidades en las personas para la vida en sociedad.

Todo lo anteriormente señalado, permite reconocer la necesidad de des-hospitalizar los procesos de rehabilitación, esto no significa que los profesionales de la rehabilitación no sean de total importancia en estos escenarios, sino que vale la pena ampliar las miradas, contextos, y alternativas de intervención, así como involucrar a los diferentes actores sociales que tienen fuerte incidencia dentro de la vida de las personas con

discapacidad, por ejemplo la familia, la escuela, el barrio, de esta forma se visibiliza y se proyecta la rehabilitación como un proceso personal, social, institucional y político en el cual tienen responsabilidad un número importante de actores sociales.

Finalmente, la OMS en 2007 afirma que el cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, acompañado de una oferta de establecimientos y servicios de salud, con inclusión de servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, pone sobre el escenario la Atención Primaria en Salud con una apuesta por la participación social de las personas con discapacidad y con el reto de viabilizar los recursos sociales para ello.

Trabajo de campo

Teniendo en cuenta la revisión teórica y conceptual, alrededor de las tres categorías apriorísticas establecidas y en relación a los propósitos de la investigación, los instrumentos propuestos para la recolección de información y el trabajo de campo se proponen bajo metodologías participativas, que privilegian la discusión, y las comprensiones frente a la salud y la rehabilitación y a su proceso de operativización en el nivel no especializado. Así mismo, los instrumentos propuestos permiten sistematizar los ejercicios de observación, diálogo e interacción con diferentes actores, instituciones y territorios.

Descripción de prestadores de servicios de salud en territorios.

Se realizó revisión del Registro Especial de Prestadores de Salud -REPS-, centrado en los territorios correspondientes. A continuación, se describen las características de los prestadores tanto públicos como privados:

Sumapaz.

Prestadores Registrados, de acuerdo con el consolidado departamental y municipal se encuentra la siguiente información:

En Bogotá se registran aproximadamente 12.916 prestadores, de los cuales están ubicados en la localidad 20 de Sumapaz 1 de naturaleza pública, no se logra identificar en el registro prestadores privados.

El prestador público registrado denominado SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., reporta 49 sedes de las cuales 4 se encuentran en el perímetro

de la localidad 20 cuya denominación y ubicación son: USS SAN JUAN DE SUMAPAZ (Corregimiento de San Juan de Sumapaz), USS NAZARETH ECOTERAPIA (Corregimiento de Nazareth), USS EL LIMONAR (KR 18 C BIS A 80 A 41 SUR), USS NAZARETH (Corregimiento de Nazareth de Sumapaz).

Respecto a los servicios que se encuentran registrados en el REPS en las 4 sedes relacionadas, se reportan 84. En los cuales se resaltan los relacionados con la atención a PcD en la siguiente tabla y gráfico.

Tabla 17. Servicios reportados consolidado en las 4 sedes:

TOTAL SUMAPAZ - 4 SEDES MENCIONADAS	
CONSULTA EXTERNA - ENFEREMERÍA	0
CONSULTA EXTERNA -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	0
CONSULTA EXTERNA - MEDICINA GENERAL	2
CONSULTA EXTERNA - PSICOLOGÍA	3
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - TERAPIA OCUPACIONAL	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FISIOTERAPIA	3
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	2
DEMÁS SERVICIOS	70

Gráfico 25. Servicios reportados en las 4 sedes.

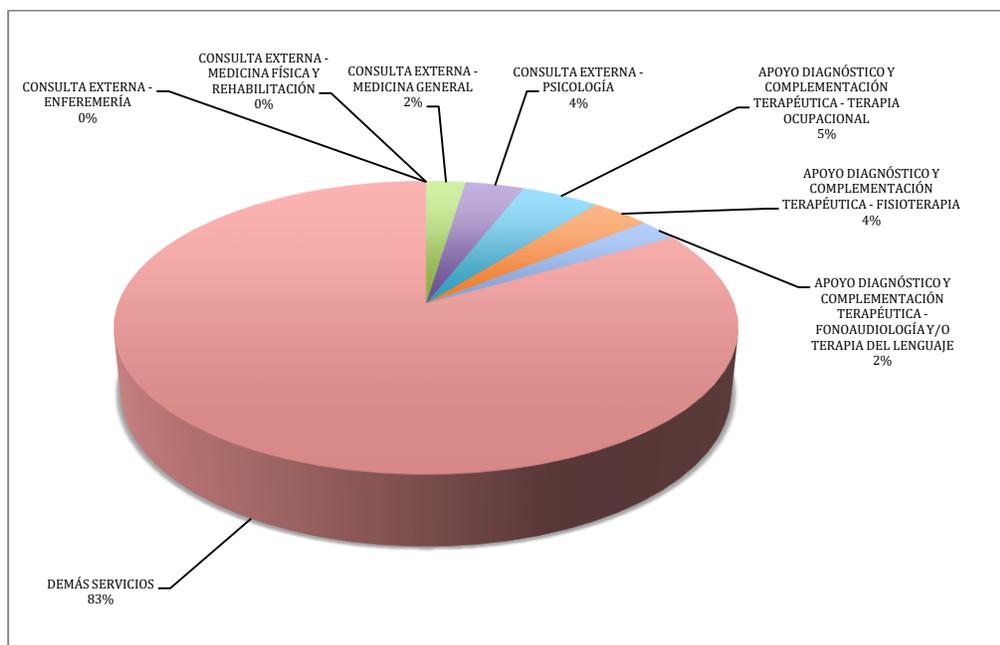


Tabla 18. Reporte de servicios por cada sede o USS en las siguientes tablas:

USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	
CONSULTA EXTERNA - ENFERMERÍA	0
CONSULTA EXTERNA -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	0
CONSULTA EXTERNA - MEDICINA GENERAL	1
CONSULTA EXTERNA - PSICOLOGÍA	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - TERAPIA OCUPACIONAL	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FISIOTERAPIA	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FONOAUDIOLÓGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	1
DEMÁS SERVICIOS	30

USS NAZARETH ECOTERAPIA	
CONSULTA EXTERNA - ENFERMERÍA	0
CONSULTA EXTERNA -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	0
CONSULTA EXTERNA - MEDICINA GENERAL	0
CONSULTA EXTERNA - PSICOLOGÍA	1

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - TERAPIA OCUPACIONAL	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FISIOTERAPIA	0
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	0
DEMÁS SERVICIOS	3

USS EL LIMONAR	
CONSULTA EXTERNA - ENFERMERÍA	0
CONSULTA EXTERNA -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	0
CONSULTA EXTERNA - MEDICINA GENERAL	0
CONSULTA EXTERNA - PSICOLOGÍA	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - TERAPIA OCUPACIONAL	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FISIOTERAPIA	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	1
DEMÁS SERVICIOS	0

USS NAZARETH	
CONSULTA EXTERNA - ENFERMERÍA	0
CONSULTA EXTERNA -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	0
CONSULTA EXTERNA - MEDICINA GENERAL	1
CONSULTA EXTERNA - PSICOLOGÍA	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - TERAPIA OCUPACIONAL	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FISIOTERAPIA	1
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	0
DEMÁS SERVICIOS	37

Samaniego.

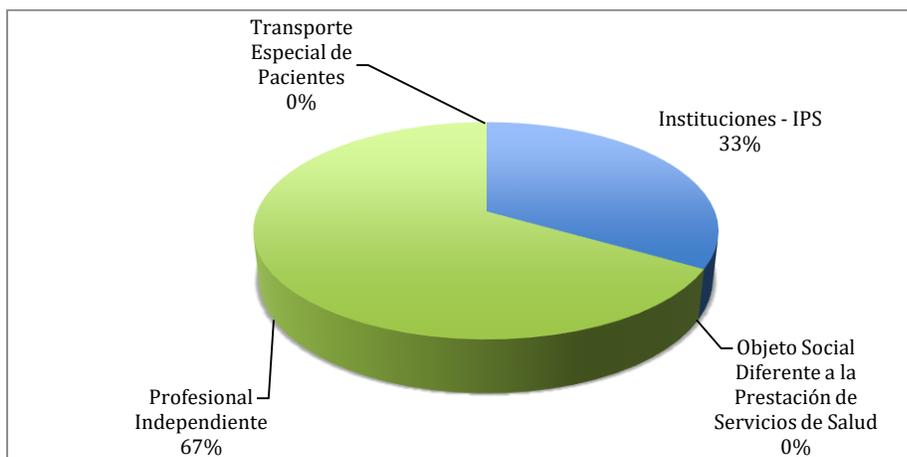
Para este territorio, de acuerdo con el consolidado departamental y municipal se encuentra la siguiente información:

Tabla 19. Consolidado departamental y municipal Samaniego

Departamento	Municipio	Prestadores	Sedes	Servicios	Camas	Salas	Ambulancias
Nariño	SAMANIEGO	18	24	121	31	6	5

De los 18 prestadores registrados, 6 son IPS, 12 profesional independiente, 0 transporte especial de pacientes, 0 Objeto social diferente a la prestación de servicios de salud. 1 de naturaleza pública y 17 privada.

Gráfico 26. Consolidado departamental y municipal Samaniego.

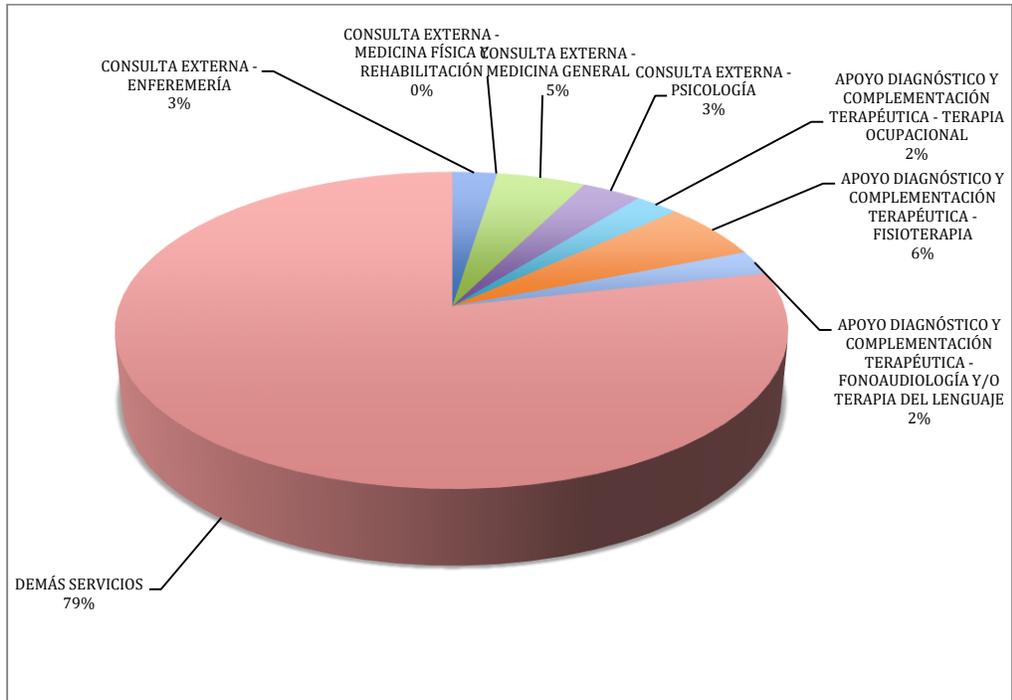


Respecto a los servicios se encuentran registrados 121. En los cuales se resaltan los relacionados con la atención a PcD.

Tabla 20. Servicios prestados Samaniego

CONSULTA EXTERNA - ENFERMERÍA	3
CONSULTA EXTERNA -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	0
CONSULTA EXTERNA - MEDICINA GENERAL	6
CONSULTA EXTERNA - PSICOLOGÍA	4
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - TERAPIA OCUPACIONAL	3
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FISIOTERAPIA	7
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FONOAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	3
DEMÁS SERVICIOS	95

Gráfico 27. Servicios prestados Samaniego



Apartadó.

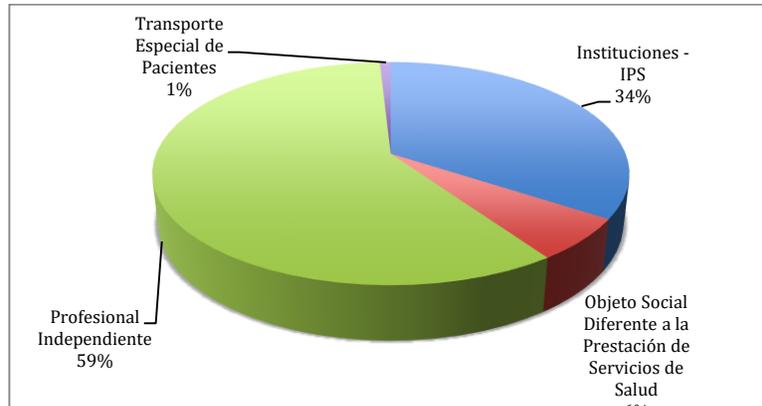
Para este territorio, los prestadores registrados, de acuerdo con el consolidado departamental y municipal se encuentra la siguiente información:

Tabla 21. Prestadores registrados Apartadó.

Departamento	Municipio	Prestadores	Sedes	Servicios	Camas	Salas	Ambulancias
Antioquia	APARTADÓ	114	193	760	304	30	22

De los 114 prestadores 39 son IPS, 67 profesional independiente, 1 transporte especial de pacientes, 7 Objeto social diferente a la prestación de servicios de salud. Todos son de naturaleza privada.

Gráfico 28. Prestadores registrados Apartadó.

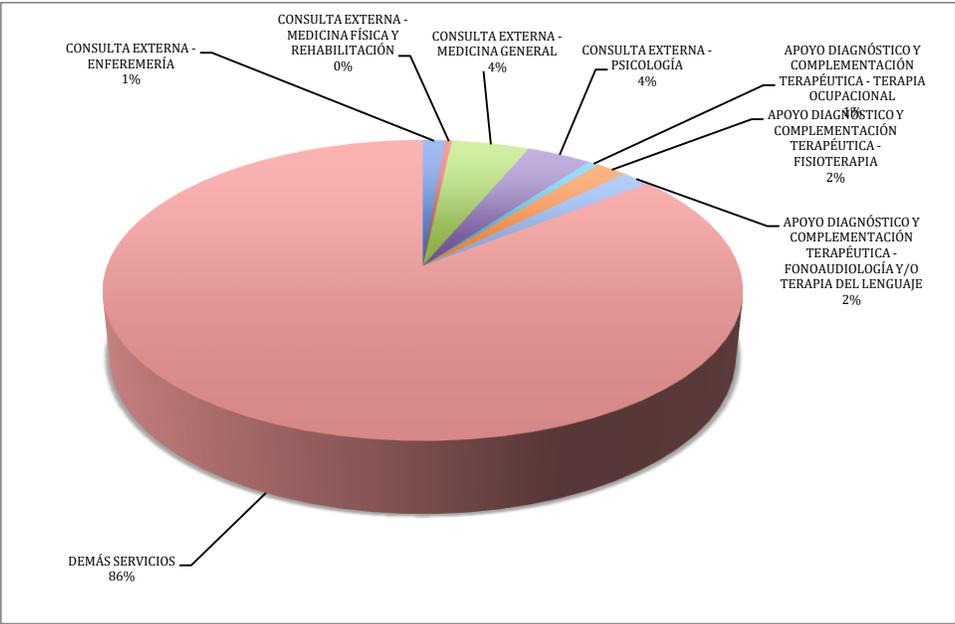


Respecto a los servicios se encuentran registrados 760. En los cuales se resaltan los relacionados con la atención a PcD.

Tabla 22. Servicios prestados Apartadó

CONSULTA EXTERNA – ENFERMERÍA	10
CONSULTA EXTERNA -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	3
CONSULTA EXTERNA - MEDICINA GENERAL	35
CONSULTA EXTERNA – PSICOLOGÍA	29
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - TERAPIA OCUPACIONAL	5
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FISIOTERAPIA	14
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA - FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	13
DEMÁS SERVICIOS	651

Gráfico 29. Servicios prestados Apartadó.



Mapeo general de prestadores de servicios de salud en los territorios

Sumapaz.

Tabla 23. Aspectos generales del territorio de Sumapaz.

ASPECTOS GENERALES DEL TERRITORIO					
Nombre del territorio	Número de habitantes	Extensión en Km.	Número de personas con discapacidad registradas en el RCLPCD	Número de prestadores de servicios de salud	Numero de veredas o centros poblados del territorio
SUMAPAZ	5667	781		3	3
Analisis					
Densidad poblacional total	7,2560819 46	Número de habitantes vs cantidad de prestadores de servicios de salud	0,00052938 1	Cantidad de prestadores de Nivel primario	3
Densidad según PCD	0	Numero de prestadores de salud vs cantidad de veredas o centros poblados	1	Cantidad de prestadores de Nivel complementario	0
Relación PCD vs Poblacion total	0%	Numero de prestadores con servicio de fisioterapia	1	Cantidad de prestadores de servicios de p y p	2

Numero de prestadores con servicio de fonoaudiologia	1	Numero de prestadores con servicio de Terapia Ocupacional	1	Numero de prestadores con servicio de psicologia	2
---	----------	--	----------	---	----------

Apartadó.

Tabla 24. Aspectos generales del territorio de Apartadó.

ASPECTOS GENERALES DEL TERRITORIO					
Nombre del territorio	Número de habitantes	Extensión en Km.	Número de personas con discapacidad registradas en el RCLPCD	Número de prestadores de servicios de salud	Numero de veredas o centros poblados del territorio
APARTADÓ	165.964	607km		7	5
Densidad poblacional total	#¡VALOR!	Número de habitantes vs cantidad de prestadores de servicios de salud	4,21778E-05	Cantidad de prestadores de Nivel primario	3
Densidad según PCD	#¡VALOR!	Numero de prestadores de salud vs cantidad de veredas o centros poblados	1,4	Cantidad de prestadores de Nivel complementario	4
Relación PCD vs Poblacion total	0%	Numero de prestadores con servicio de fisioterapia	2	Cantidad de prestadores de servicios de p y p	4

Numero de prestadores con servicio de fonoaudiología	2	Numero de prestadores con servicio de Terapia Ocupacional	2	Numero de prestadores con servicio de psicología	1
---	----------	--	----------	---	----------

Samaniego.

Tabla 25. Aspectos generales del territorio de Samaniego.

ASPECTOS GENERALES DEL TERRITORIO					
Nombre del territorio	Número de habitantes	Extensión en Km.	Número de personas con discapacidad registradas en el RCLPCD	Número de prestadores de servicios de salud	Numero de veredas o centros poblados del territorio
NARIÑO	49.545	765		4	86
Densidad poblacional total	64,7647059	Número de habitantes vs cantidad de prestadores de servicios de salud	8,0735E-05	Cantidad de prestadores de Nivel primario	0
Densidad según PCD	0	Numero de prestadores de salud vs cantidad de veredas o centros poblados	0,04651163	Cantidad de prestadores de Nivel complementario	2

Relación PCD vs Poblacion total	0%	Numero de prestadores con servicio de fisioterapia	2	Cantidad de prestadores de servicios de p y p	2
Numero de prestadores con servicio de fonoaudiologia	2	Numero de prestadores con servicio de Terapia Ocupacional	2	Numero de prestadores con servicio de psicologia	2

Resultados y Categorización

Actores e intersectorialidad:

La categoría de actores e intersectorialidad recoge las enunciaciones y el rol de los diferentes actores de los servicios de rehabilitación de base comunitaria y sus articulaciones, las presentes y las necesarias, para el funcionamiento adecuado.

En primer lugar, sitúa en la discusión el reconocimiento de los actores orientadores de los servicios, pues reconoce que su papel permite la ejecución del servicio.

“o sea que digamos que la alcaldía como un ente que ayuda a orientar las acciones en educación”

“Es muy importante que se reconozca que todo lo que tiene que ver con la Atención Primaria en Salud, en primer lugar, desde los lineamientos y perspectivas del plan territorial de Bogotá, está puesto como uno de sus enfoques de base, más no como un proceso de implementación específica alrededor de los servicios”

“La APS que es uno de los conceptos fundamentales y preceptos de trabajo que se tiene desde el plan territorial, se constituye en una línea conductora dentro del reconocimiento de las necesidades de la población, dentro del acercamiento que tiene la salud a esa misma población y efectivamente a poder redistribuir de alguna manera, que a través de la participación ciudadana y de los elementos que constituyen los modelos de salud se dé realmente una respuesta de carácter resolutivo”

“no pueden haber servicios de APS cuando la atención primaria en salud se está considerando como un enfoque transversal en el marco del desarrollo de un modelo de atención en salud”

En segundo lugar, reconoce a la rehabilitación basada en comunidad como un actor clave en el proceso, reconociendo que si bien la estrategia de RBC es diferente a la rehabilitación de base comunitaria, si es un insumo para el servicio.

“tanto las acciones basadas en comunidad para cualquiera de los aspectos que se trabajan desde el modelo de Atención Primaria en Salud, la misma Rehabilitación Basada en Comunidad y acciones de tipo específico de incidencia en los territorios forma parte de la red de prestación de servicios”

“Colombia es pionero de la Rehabilitación Basada en Comunidad, pero también hay que comprender que la rehabilitación con base comunitaria no necesariamente es parte de la estrategia”

“La rehabilitación comunitaria en sí misma, también tiene que ver mucho con el empoderamiento social”

“Aplicación de la rehabilitación basada en la comunidad (primer nivel), se rigen en el marco de la clasificación internacional del funcionamiento 2001, abordando temas de educación en salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad; contiene componentes familiares, de vivienda, con acciones de asistencia domiciliaria a usuarios con alguna discapacidad a quienes se les dan indicaciones o plan casero”

Seguido, la categoría de actores e intersectorialidad ubica los actores de acuerdo a los servicios ofertados o necesarios. Entre ellos, se hace mención a los actores de salud, educación, justicia, trabajo, etc.

“Y las demás instituciones también por decirlo así obligadas es aceptar la población con discapacidad sin embargo cuando se hay niños desescolarizados primero es atender a la familia que debe realmente hacer el proceso que el niño en su derecho debe escolarizarlo”

*“cuando la persona le dice no si yo lo voy a llevar o no le explica en que instituciones puede acceder cuál de ellas es la más accesible a eso y de ahí eh... se dice que **debe venir a secretaria de educación**”*

*“entonces sería que el 100% pudiéramos encargarle al paciente y garantizarle esa rehabilitación si es sector salud, pero ya claro que hay una incidencia de ese sector que te estoy diciendo, **de justicia ellos tienen que hacer otras acciones, ellos tienen que restablecer el derecho, reeducación a la familia...**”*

*“se rehabilita físicamente luego debiera pasar al servicio de rehabilitación basado en comunidad donde se le darían los entrenamientos y el seguimiento que se requiere para que en su desempeño de las actividades de la vida diaria ya pueda tener una visita o una asistencia de seguimiento en su lugar residencial y **en el lugar de trabajo** para que le apliquen...”*

“entonces el reto en términos de lo intersectorial sería en el sector laboral productivo...sí, en lo económico...”

“...Es que de esa atención física en salud otros sectores se puedan involucrar entonces sector salud, sector justicia, el sector de la familia que es muy importante en esa rehabilitación”

“Si esas redes son fundamentales, en Sumapaz, emm digamos que si uno mira la dinámica en otras localidades urbanas como Ciudad Bolívar o Usme, pues hay una presencia institucional muy fuerte, digamos que las instituciones con las que uno más trabaja de la mano, podrían ser integración social ehh alcaldías locales, de pronto educación también, pero por ejemplo en integración social pasa que en Sumapaz no tenemos el proyecto en 1113 que es el proyecto para discapacidad, entonces en Sumapaz no está, están hasta ahora digamos haciendo como ehh evaluando la necesidad del proyecto para que puedan llevarlo allí.”

Otro elemento que emerge en la discusión es el reconocimiento de los actores que actualmente desempeñan papeles claves para la rehabilitación de base comunitaria,

siendo la salud el principal referente. En este contexto, también se identifican que existen dificultades entre la multiplicidad de actores y espacios, así estos se encuentren normativamente definidos.

“¿Qué hace un usuario que necesita rehabilitación?... venir hasta las unidades de servicios de salud que tenemos acá...”

“todas las acciones de base comunitaria que son emanadas de manera fundamental desde los principios básicos de la salud pública, desde las acciones del plan de salud pública y de las intervenciones colectivas, desde la acción específica de la gestión territorial de la misma gobernanza, son procesos integrados a las redes de salud, a las redes de prestación de servicios”

“Desde alcaldía local tienen un proyecto de ayudas técnicas, siendo el único proyecto en salud que tiene su plan de desarrollo local, hacen entrega de camas hospitalarias, colchones y cojines anti escaras, zapatos para pie diabético, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, ortesis, kit de discapacidad visual, kit para discapacidad cognitiva con niños en proceso de educación inclusiva”

“siempre vamos los mismos, que son 50 reuniones al mes y nos vemos los mismo 38 allá en cada reunión! Eh... logra movilizar algunos asuntos, pero eso también tiene que ver con qué quién lideré procesos este presente y haciendo insistencia para que los demás se movilicen, ¿si me hago entender? Los espacios por norma están!”

“una de las cosas que más ha dificultado precisamente que tenga impacto en la vida de las personas es que se ve con procesos y principios básicos de continuidad oportunidad pertinencia e integralidad”

Plan de beneficios y servicios en rehabilitación

Frente a esta categoría las voces de los participantes orientaron la discusión hacia 4 elementos clave: aplicación, contexto, características y estructura de los servicios.

La aplicación de los servicios: Se incluye las estrategias aplicadas y sugeridas para el desarrollo del servicio, lo que abarca el desarrollo de actividades de rehabilitación –las cuales se reconocen como estrategias de baja complejidad- y los elementos formativos.

“tenemos unos componentes de atención primaria en salud y es la formación a líderes en rehabilitación basada en comunidad”

“acá tenemos programa de radio de atención primaria en salud que se da los martes, entonces podríamos decir que uno podría ir al programa radial y decir no mire tal día vamos a estar en tal parte y vamos a hacer estas actividades para que participen, esa sería una, otra sería con los mismos promotores de salud que convocan a las personas mire va a haber tal actividad para que usted vaya a usted le interesa, es por esto y esto, eso también y dentro”

“Hay varias herramientas una de ellas por ejemplo un círculo donde la persona con discapacidad puede seleccionar, puede mostrarnos que está eligiendo, que decisión está tomando, es decir como como recibir apoyos, pero como centrada la cosa ¿cierto?, como ella toma las decisiones”

“...Porque hay que mirar toda la contextualización de esa afectación que tiene y, posiblemente los motivos que incidieron en esa discapacidad, pero entonces a que obedece... que esa atención debe ser vista por varios profesionales”

“el PIC ya hizo la identificación de las personas que dentro del grupo que ellos atienden en la acción educativa porque eso nos explicaba (...) lo que hizo con el PIC no es intervención, es acción educativa, entonces ellos lo localizaron y ellos me decían tenemos esa base de datos de los pacientes que son potenciales para hacer el servicio de rehabilitación comunitaria”

“diseñar plan de charlas, no sé con folletos yo no le digo un video o algo así porque allá no hay señal, solo serían charlas o el manejo o el enlazarse con un hospital o apoyo así mismo con la comunidad y buscar líderes, o buscar una fundación que nos pueda colaborar”

“pues digamos primero hablar con la comunidad y, por ejemplo el líder y tiene la seguridad las necesidades porque conoce su caserío y mire esta es la casa y él lo vigila y hablaría con las personas y se ingresaría ojalá le den el permiso para ingresar porque él está al cuidado”

Así mismo, se incluye a la familia no solo como parte del contexto, sino también como herramienta de aplicación del servicio, que debe ser trabajado con propósitos definidos, dada su importancia para el buen desarrollo del proceso.

“en muchas población de discapacidad si uno se pone a ver no han avanzado en su funcionalidad en sus actividades es porque han tenido limitación en el servicio y por ejemplo las personas con daño cognitivo no han tenido una respuesta bueno es también porque la familia no está educada en cómo tratarla, no está educada en como en normativa de derechos entonces realmente la propuesta es muy buena porque no solamente te está trabajando la funcionalidad del paciente sino te está trabajando también como educa la familia como esa familia me va a tratar al paciente, si la persona que ha sido víctima también resulta que adquirió una discapacidad por ese conflicto y su parte social como esta, su estado emocional como esta

El contexto del servicio incluye los elementos que se asocian al funcionamiento y que lo garantizan, o sobre los cuales el servicio tiene incidencia. Se visibilizan los elementos operativos para intervenir en el entorno y las condiciones de articulación requeridas para que los servicios de rehabilitación de base comunitaria se desarrollen.

“es un servicio institucional pero que tiene articulación directa con PIC para el componente comunitario, y hay otro componente que es rehabilitación basada en comunidad”

*“obviamente esta en los entornos eh... sobre los cuales está basado ¿Cierto? Entonces acá tenemos el entorno familiar, el entorno educativo, el entorno comunitario, el entorno institucional eh... desde el entorno familiar nosotros **hacemos valoración del riesgo** y hacemos identificación del riesgo a las familias en esta dimensión en discapacidad y levamos un registro, un control, una automatización en el cambio de riesgo de identificar ¿Cierto?*

*...No solamente reciben el servicio de salud no si no que después del servicio de salud a todas esas personas que tienen una afectación tanto física, pero como mental **se le pueda garantizar esa rehabilitación incluyendo varios sectores, primero las eps, la familia, todo lo que tiene que ver con los entornos laborales y que tienen que ver con la prestación de servicio**, pero hay varias cosas los entrenamientos los requieren el personal de salud*

“el modelo trasciende lo funcional y que se centra en la participación y para mi esa es la ganancia, pasar de un modelo de rehabilitación funcional a un modelo que se centre en la participación de la persona con discapacidad”

“busca de manera concreta llegar a las personas con necesidades específicas y agilizar sus procesos de respuesta en las acciones básicas, también de atención primaria en términos de una detección oportuna, desde acciones promocionales que lleve también al aplazamiento de la discapacidad y a disminuir los niveles de dependencia”

Las enunciaciones a la discapacidad emergen en los discursos concentrando el propósito de los servicios en un término acuñado con por los participantes: el

aplazamiento de la discapacidad, referido a las acciones de rehabilitación que buscan mantener la máxima funcionalidad posible y el máximo funcionamiento.

Características del servicio. Incluye las características que se reconocen para el buen funcionamiento del servicio comunitario a la luz de su interacción con el otro, es decir, responde a la pregunta ¿Qué debe tener un servicio para poder situarse funcionalmente en el contexto? Se resaltan características como oportunidad, accesibilidad, atención humanizada, etc.

“debe ser primero un servicio humanizado, segundo un servicio donde la persona si tenga la accesibilidad requerida, es decir, que no se le niegue la atención desde la eps, desde la autorización, si es un programa comunitario que la persona tenga la información realmente de manera asequible, es decir que sea llegada a través de diferentes medios”

“que la persona tenga la... la accesibilidad en cuanto a infraestructura porque en muchos casos no. no la hay por el terreno donde vive o porque el transporte en realmente no está una limitante también porque vive de pronto en una vereda o porque el terreno por donde vive es destapado entonces todas estas cosas como que interfieren en que realmente la persona logre llegar ahí”

“lo que tenemos que hacer y por eso nos inventamos un proceso que se llama gestión de acceso a los servicios de salud y servicios sociales porque lo que nosotros somos un articulador para que las instituciones que le correspondan”

“la capacidad resolutive está encaminada también a que podamos responder de manera inmediata y oportuna a las necesidades poblacionales desde el sistema; no obstante, hablar de APS para la capacidad resolutive es como lo decía en la pregunta 1, es poder acercar un poco más la oportunidad de acceso a los servicios de la población dependiendo sus necesidades específicas en el territorio”.

“El modelo y la reorganización de la red integrada de salud actual, permite de una u otra manera articular las acciones público - privadas para facilitar el acceso a los servicios, no obstante, cabe anotar que muchas personas no acceden por diversas circunstancias, no solamente barreras de tipo geográfico o por su nivel de dependencia sino porque muchas veces los intereses y expectativas en el logro de mejorar la condición de salud tampoco están dadas, entonces, en ese sentido si hay algo que pueda aportar la Atención Primaria en Salud para poder llevar un ejercicio, digamos que, de rehabilitación en una persona, en una familia y en una comunidad; pues tiene que estar definitivamente relacionado con el hecho de que estén enlazados a las redes de servicios y que llegue de manera oportuna a la personas”

“la rehabilitación debe ser un servicio directo que pueda ser prestado desde las necesidades específicas de las personas”

“la rehabilitación no puede seguir bajo la dependencia de una prescripción médica, de una orden médica, de una serie de procedimientos para que sea autorizado como si fuese un servicio con desigualdad de las condiciones en relación a las necesidades de la gente”

Otro elemento a destacar en el apartado de las características del servicio reconoce que las acciones terapéuticas de baja complejidad y sus propósitos, que delimitan y condicionan el quehacer del servicio, debe situarse en los escenarios reales en los que el usuario vive para tener sentido. Es una rehabilitación con sentido de realidad y una amplia participación de los profesionales en la transformación del contexto.

“las acciones terapéuticas son en sí mismas acciones relacionadas con el mejoramiento, con la protección, con el mantenimiento de capacidades y efectivamente en la medida en que las personas disminuyen sus niveles de dependencia, también son mucho más participativas en los niveles sociales.”

“entonces las adecuaciones que tiene que hacer la persona para caminar ahí ¿Cómo las hace? Si nadie le ha explicado cómo debe caminar en un terreno así con caminador, cierto... y de cierto modo es complicado de explicárselo en un consultorio donde el piso es en baldosa, entonces no es la vida real de la persona, entonces sí se puede hacer más desde por ejemplo el ejercicio de rehabilitación en el consultorio sea también extramural, es decir que el terapeuta que la atiende aquí también pueda ir ¡Por lo menos una vez! A su casa a mirar qué factores tiene allá que le estén impidiendo realmente que su rehabilitación sea efectiva.”

“te das cuenta que es que a veces no solo que la persona vaya a realizar una serie de ejercicios a consulta de fisioterapia o a consulta de terapia ocupacional sino también en su casa si realmente era siendo funcional allí que es finalmente lo que uno debe llegar, cierto, a la funcionalidad de la persona en sus actividades de la vida diaria, en sus actividades básicas cotidianas”.

“¡En sus actividades básicas, cierto, es a partir de allí de donde se trabaja en atención primaria en salud y por ejemplo identificar qué es lo que a la persona más le está generando limitación, “entonces no! Lo que a mí más limita es que no puedo salir caminar” ah bueno, entonces vea, para que usted pueda volver a caminar lo que usted tiene que hacer es esto, esto, esto y esto... cierto, y como hacerlo desde lo que tengo en casa, eso es lo que hacemos en atención primaria en salud que rinde efectividad desde lo que el paciente haga, es decir, si el paciente lo realiza, es que yo puedo explicarlo tres veces si quieres, pero si el paciente nunca lo pone en práctica, hasta ahí llegaste”.

Finalmente, se enuncian los servicios profesionales que tienen lugar en un servicio de rehabilitación de base comunitaria:

“allí tenemos terapia física, tenemos ortopedia, tenemos cirujanos, tenemos trabajo social, psicología, terapia ocupacional, dependiendo pues de la afectación se deriva el

plan de atención, que es lo que se está haciendo, nos faltan otros profesionales de acuerdo al modelo que quería el fisiatra y fonoaudiólogo”

“El proceso el mismo que lleva una persona, eh en cualquier otro lado, pues obviamente pasar eh por medicina general, desde allí se dan unas ordenes ¿cierto?, si requiere atención por especialista pues es el médico general quien da la orden para un fisiatra un ortopedista un reumatólogo, un neurólogo...eeeh, y pues puede ser él o el médico general quien ordene sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología”

“...No solamente reciben el servicio de salud no si no que después del servicio de salud a todas esas personas que tienen una afectación tanto física pero como mental se le pueda garantizar esa rehabilitación incluyendo varios sectores, primero las eps, la familia, todo lo que tiene que ver con los entornos laborales y que tienen que ver con la prestación de servicio, pero hay varias cosas los entrenamientos los requieren el personal de salud, cambiar y reimplantar el mismo modelo de atención, partiendo del tiempo que se estipula para una consulta.”

Además, se consideran algunas de las funciones y roles de los servicios de rehabilitación comunitaria, incluyendo su papel transformador de imaginarios con respecto a la discapacidad.

*“lo comunitario es que implementamos a las demás personas a **que la comunidad** de la que se ve rodeada la persona **también entienda que la persona con discapacidad no es un ente**, sino que es una persona más”*

*“algo que ya empieza a implementarse que **son servicios domiciliarios de rehabilitación** como parte del acercamiento a las comunidades con mayores niveles de dependencia, que por circunstancias propias a su condición no acceden a servicios que están ubicados en los puntos de atención”*

*“el personal de salud, cambiar y reimplantar el mismo modelo de atención, **partiendo del tiempo que se estipula para una consulta**”.*

Acciones en la ruralidad

Comprender la ruralidad, es acercarse a diferentes visiones como las geográficas, demográficas, económicas, culturales y políticas, esto significa contextualizar las realidades y dinámicas sociales en las que viven los países. Los censos poblacionales, las políticas públicas y los planes de desarrollo han sido herramientas que han permitido delimitar estas comprensiones (Rodríguez, Benavides, 2016).

De acuerdo a lo referido por la Real Academia de la Lengua Española, la ruralidad hace relación a la vida del campo y a las labores allí desarrolladas. Lo que, para el momento actual de la sociedad, significa comprender, según como lo plantea Jaime Forero (2017), que la ruralidad se manifiesta como una forma diferente de vivir, en relación a la ciudad, es decir, que tanto los territorios rurales como los urbanos son sistemas sociales y ecológicos que se autodeterminan. Y de esta manera, los territorios rurales, se han caracterizado por ser proveedores de diversos bienes y servicios para el sistema económico nacional y global, tales como alimentos, materias primas agrícolas y mineras, energía, bienes industriales y servicios (como restaurantes y turismo de diversas modalidades).

En Colombia, diferentes hechos históricos han determinado las condiciones geográficas, sociales, económicas, ambientales, políticas y poblacionales, para indicar los territorios rurales. Es así, que los planes de desarrollo nacional, han orientado la categorización de los territorios. De esta manera, según la Dirección de Desarrollo Rural Sostenible del DPN (2014), dentro de los aspectos que podrían tener mayor relevancia para definir territorios rurales, se encuentran los siguientes:

- a. Número de pobladores y características demográficas
- b. Niveles de conectividad entre municipios
- c. Actividades económicas preponderantes
- d. Vocación y uso del suelo

- e. Diversas formas de relación con la tierra (resguardos indígenas, territorios colectivos, entre otros).

Así mismo la ruralidad, si bien se ha caracterizado por condiciones geográficas, número de pobladores, uso del suelo, también se ha caracterizado por estar en desventaja en relación a la ciudad, en términos de acceso a servicios, igualdad de oportunidades para el trabajo, la educación, la salud, el deporte, la movilidad, etc. Esto ha implicado que sus pobladores, resignifiquen su territorio, visionándolo de una manera más amplia, el cual que requiere de atención y sostenibilidad por parte del Estado, en donde es importante asumirlo como un escenario de desarrollo fundamental para la vida, en que el que además confluyen actividades agropecuarias, pero también propias de la cultura material e inmaterial del país y en donde en la última década han ingresado con mayor fuerza proyectos tecnológicos, de explotación de recursos naturales, que llaman a sus habitantes a ejercer el derecho a la resistencia y al dominio total del contexto rural (Roper, 2016).

La categoría ruralidad expone los siguientes resultados, identificados en dos esferas, una, la relacionada con las condiciones de vida en los territorios rurales y la otra en relación a la oportunidad y accesibilidad para la rehabilitación de sus habitantes.

Los territorios rurales, se caracterizan por ubicarse a la periferia, es decir, están “apartados”, es como si la vida y el desarrollo se dieran solo en la centralidad, lo que se traduce en varios retos, pues las personas que viven en los territorios rurales, tienen dificultades en general de servicios sanitarios, vías de transporte complicadas, la comunicación con la centralidad es difícil, bajos recursos económicos por las actividades realizadas que son poco valoradas, pero esenciales para la vida de las personas.

“...para llegar a algún lado, ellos tienen que pasar ríos, las realidades de pobreza existen, la violencia se apodera de esos territorios y digo violencia política, las personas carecen de oportunidades para generar ingresos, sus niveles de atención en salud son subsidiados, entonces es difícil que accedan a los servicios, todo esto les complica la vida...”

Las características geográficas se convierten en un determinante, frente a la igualdad de oportunidades, pues la oferta de bienes y servicios no llegan a zonas de difícil acceso, los costos de movilización son altos, es decir, los territorios carecen de justicia social.

“Allá” como se les menciona a los territorios rurales, las personas deben resolver la vida como puedan ingeniársela, dejando con esto claro un abandono por parte del Estado, un desconocimiento de las personas, de cuántos son, qué edades tienen, qué necesidades existen, qué potencialidades rodean esa comunidad. Si bien se han tenido avances en términos de que algunos servicios del Estado han llegado ocasionalmente, son los habitantes de los territorios rurales, los que han sorteado el diario vivir.

“Se necesita caracterizar los territorios, reconocer quiénes viven allá y que necesitan, y generar acciones. El Estado es muy ausente, nosotros en el Hospital no tenemos la claridad de qué pasa en la zona rural, solo lo sabemos cuándo las personas llegan por alguna razón a nosotros, pero los profesionales no hemos llegado hasta allá, sabemos que es complicado llegar y que nos tardaríamos días enteros, solo haciendo una jornada de salud. Pero es necesario garantizar los derechos de todos... Creo que es necesario que en los planes de desarrollo territorial existan los enfoques poblacionales, pues no todo le funciona a todas las personas y a todos los territorios, es importante reconocer los contextos y que, en mesas regionales, departamentales y nacionales, se discuta y se lleven acciones a la ruralidad, no momentáneas, sino situadas y permanentes...”

Ahora bien, en términos de los procesos de rehabilitación, el panorama es retador, en algunos planes de salud y de desarrollo territorial, se mencionan y reconocen los escenarios rurales y urbanos aparentemente como escenarios diferentes en sus características y necesidades, sin embargo, las acciones, estrategias, coberturas, se tratan por igual, en donde la rehabilitación en el caso de la ruralidad sigue teniendo mayor acento en su relación con la salud, desconociendo que los demás sectores como educación, trabajo, cultura, también están llamados a favorecer procesos de inclusión y mejores condiciones vida para las personas con discapacidad.

“...en general sabemos que están los territorios rurales y urbanos, y que las acciones las debemos llevar a cabo en todos, pero no hay una clara distinción de qué caracteriza las necesidades de las personas, según su ubicación geográfica o sus condiciones vida...Sabemos que ir a las zonas rurales, implica largos desplazamientos, mayores presupuestos, y por eso, finalmente quiénes terminan buscando alguna opción en la centralidad, son las personas, las entidades son inobservantes...Sabemos que existen esos territorios, pero se hace muy poco para ellos...”

“Se debe avanzar en la adaptación de la prestación de servicios en la zona rural y la zona urbana, para facilitar mecanismos de acceso y eliminar barreras para la población, porque por ejemplo, en este territorio, se cuenta con dos unidades de servicio de salud totalmente dotadas, pero están pensadas para que las personas lleguen, en donde las limitaciones están por ejemplo, en el desplazamiento de la gente y los niveles de afiliación no hacen que tengan unas altas usabilidades en sus estructuras, inclusive físicas”

La rehabilitación entonces, ha llegado a la ruralidad, a través de acciones por la Atención Primaria en Salud (APS), llegando a los territorios con acciones muy puntuales y finalmente asiladas de un sistema y un proceso real de rehabilitación, pues dado que no se cuenta con talento humano en rehabilitación, suficiente para atender el número de personas con discapacidad, no se alcanzan a cubrir todas las necesidades de acompañamiento. Desde la APS se dan orientaciones para el manejo de la discapacidad, de las rutas y redes de apoyo, que si bien tiene una intención de dinamizar mejores condiciones de vida, los recursos destinados para esto son insuficiente, y también ha sido que las personas si necesitan procesos terapéuticos y acciones de participación más contundentes, pero tal y como se mencionó anteriormente el escenario rural no cuenta con igualdad de oportunidades en la garantía del derecho a un proceso de rehabilitación.

La rehabilitación como proceso, implica un seguimiento, un continuo de acciones, de intervenciones intersectoriales, de diálogos entre los actores, un conjunto que favorezca mejores condiciones de vida de las personas y se potencie su participación social.

“...Una de las personas con discapacidad vive en una zona rural muy distante, traerlo acá al hospital del centro, representa una suma importante de dinero, con servicio de salud subsidiado, entonces la familia, la primera vez lo trajo, con todo lo que implica mover al paciente para que se le haga una valoración integral ... pero la familia manifestó: nosotros no lo vamos a volver a traer, nosotros necesitamos que nos hagan un entrenamiento, que nos digan cómo poder alimentarlo, porque no lo vamos a estar trayendo, pero necesitamos que vuelvan que no solo vayan una vez a diligenciar la ficha, sino que realmente nos acompañen en la vida real...”

“No ha sucedido hasta el momento, de los casos que he tenido este año, no hay uno al que le haya podido hacer seguimiento, porque realmente la población es muy grande y

solamente estoy yo haciendo este proceso. Entonces hasta el momento tengo mucha gente sin visitar con discapacidad, entonces como para decirte a tales personas se les ha hecho seguimiento estaría mintiendo. Sin embargo, en años anteriores, en algún momento pude hacer algunos seguimientos, saber si el niño había ingresado a la escuela, pero no pude ir a la escuela...Para que existan procesos integrales, se requiere de profesionales en rehabilitación, de políticas articuladoras y de presupuesto, de lo contrario todos son acciones sueltas y en la ruralidad, sí que es más difícil”

Lo anteriormente expuesto, implica pensar qué acciones tomar, puede haber voluntad por parte de los profesionales y de las mismas instituciones, sin embargo, esto implica voluntades políticas y presupuestos asignados, en donde quienes administren los recursos, conozcan sus territorios, sus particularidades, las necesidades y los mecanismos para buscar soluciones, la intersectorialidad es clave para reconocer y favorecer las condiciones de la vida personal y social, bajo una comprensión del derecho y un ejercicio de corresponsabilidad, en la que las condiciones y oportunidades contextuales son determinantes.

Profesional en rehabilitación

La categoría apriorística profesional de rehabilitación se basa en responder al papel, que hacer, acciones y estrategias empleadas por los profesionales desde su disciplina para el abordaje de diferentes situaciones presentes en su comunidad, de voces de los entrevistados manifiestan que no siempre los profesionales de rehabilitación se desempeñan en la rama en que se especializaron.

“pues la verdad eso es una parte que veo muy complicada porque...de cierto modo cada quien se especializa en lo que... en su rama que le modelo este contemplado de una forma en que cualquiera lo pueda aplicar es una cosa pero que realmente eso tenga ese impacto de que la rehabilitación si se dé con la persona yo lo quiero ver...”

“si estamos hablando de una población que es distante que lo único que tiene es eso, y que de pronto esa persona tenga una capacitación a grosso modo de lo que puede hacer y que le funcione, bueno... que bueno, pero si soy más bien como expectante”

También se encontró que los entrevistados consideran que la participación de un equipo interdisciplinario y la constante comunicación entre ellos es un mecanismo que

facilita los procesos de rehabilitación, permitiendo el trabajo colaborativo e integrado, generando mayores resultados, en conjunto con una mejor oportunidad en los servicios de salud en términos de accesibilidad y oportunidad.

“no es solamente que yo como fisio le hago todo, sino que también tengo al terapeuta ocupacional cerca y le puedo decir, ¿venga es que usted en que va con el paciente, usted que le está haciendo?”

“La trabajadora social me puede decir “no, mira mejor ponerle actividades que sean más dinámicas o que lo tengan que movilizar más porque él es una persona con tendencia depresiva” cierto”

“...ehh pienso que en cada unidad de servicios debería haber agendas abiertas permanentes de profesional de la rehabilitación, ósea debería haber un TEO, Fisio y una fonoaudióloga que tuvieran allí posibilidad de atender a los usuarios porque pues no solo tenemos personas mayores, sino que estamos empezando a identificar muchos niños en los colegios”

Por otro lado, en el discurso de los participantes de la investigación se confirma que para acceder a los servicios de rehabilitación los usuarios deben pasar por un médico previamente y este suceso hace que se postergue la atención debido a que se encuentran supeditados a la oportunidad en las citas y el lugar de la atención.

“si es para el modelo de rehabilitación con enfoque familiar y comunitario no tendría que pasar por un médico, cierto... estaría fácil superar esa activación de ruta por ahí, se inicia la ruta por la valoración médica”

“el médico que valora ese ingreso para el profesional de salud que lo vaya atender o el profesional de salud que lo vaya a atender, pero si rehabilitación si es rehabilitación funcional entonces veo muy difícil superar que sea con la valoración médica”

“creo que un proceso de rehabilitación debe llevar a, no se a la inclusión, o a una mejor eh forma de funcionamiento en la vida cotidiana, en sus actividades de la vida diaria, en su trabajo, en sus roles ocupacionales entonces creo que, pues una forma sería mirar que tanto se prescriben sesiones de rehabilitación de terapias, que tanto los usuarios las toman, asisten a esas sesiones, emm y cómo quienes toman esas sesiones reportan digamos una mejoría en su desempeño diario”

Aquellos desplazamientos que deben realizar los profesionales de rehabilitación y también los usuarios para el acceso a diferentes servicios de salud, en ocasiones se presenta como una barrera para el acceso a los servicios de salud, a continuación, impresiones de los entrevistados:

“la población es atendida desde la misma zona rural con diversos mecanismos de atención en salud o rehabilitación. Aquí, por ejemplo, prima la oportunidad de tener también acceso del talento humano de salud a las zonas más alejadas, principalmente lo que tiene que ver con las acciones de promoción y prevención y en el sentido de la rehabilitación digamos, que los desplazamientos son bastante complicados y eso hace que haya limitaciones en la prestación del servicio”

La persona que enfrenta alguna discapacidad se afronta a retos constantemente, debido a sus condiciones propias, por tanto, los profesionales en rehabilitación que prestan atención fomentan que cada usuario realice acciones en su beneficio, la funcionalidad en sus actividades básicas y cotidianas, con respecto al tema las voces de los entrevistados fueron:

“Eh... es la educación, entonces como te explicaba ahora, uno le enseña a la persona como puede ser más funcional en las actividades de la vida cotidiana”

“En sus actividades básicas, cierto, es a partir de allí de donde se trabaja en atención primaria en salud y por ejemplo identificar qué es lo que a la persona más le está generando limitación”

“Lo que a mí más limita es que no puedo salir caminar” ah bueno, entonces vea, para que usted pueda volver a caminar lo que usted tiene que hacer es esto, esto, esto y esto... cierto, y como hacerlo desde lo que tengo en casa, eso es lo que hacemos en atención primaria en salud que rinde efectividad desde lo que el paciente haga, es decir, si el paciente lo realiza, es que yo puedo explicarlo tres veces si quieres, pero si el paciente nunca lo pone en práctica, hasta ahí llegaste”

Dentro de los contextos valorados para la presente investigación y las voces de los participantes coinciden en que desde la atención primaria en salud se pueden lograr tener resultados significativos, valorando la atención extramural, trabajando en situaciones reales diarias del usuario.

“tienes otra mirada desde la Atención Primaria en Salud te das cuenta que es que a veces no solo que la persona vaya a realizar una serie de ejercicios a consulta de fisioterapia o a consulta de terapia ocupacional sino también en su casa si realmente era siendo funcional allí que es finalmente lo que uno debe llegar, cierto, a la funcionalidad de la persona en sus actividades de la vida diaria, en sus actividades básicas cotidianas”

“entonces si se puede hacer más desde por ejemplo el ejercicio de rehabilitación en el consultorio sea también extramural, es decir que el terapeuta que la atiende aquí también pueda ir ¡Por lo menos una vez! A su casa a mirar qué factores tiene allá que le estén impidiendo realmente que su rehabilitación sea efectiva”

“Es allí donde recogiendo también esos principios de la APS uno ve que las dificultades en el marco, el funcionamiento del sistema los procesos administrativos capacidad e idoneidad misma del talento humano prestador de servicios, puede impactar favorable o desfavorablemente la vida de las personas”

Adicionalmente favorecería a los usuarios el conocimiento sobre los servicios comunitarios, como lo refieren los profesionales entrevistados quienes afirman que sería positivo que las personas con discapacidad conozcan que se les va a brindar, cuál va a ser su beneficio evitando generar falsas expectativas; así como un adecuado seguimiento que permita verificar la evolución, si el tratamiento está siendo efectivo o se requiere modificarlo.

“digamos hablando propiamente desde mi área en los servicios comunitarios, entonces yo pienso que una falla que se tiene y que en su momento deberá subsanarse es informar tanto a la comunidad interna como a la externa y a las personas con discapacidad con sus agremiaciones que es un servicio comunitario que se va a brindar y en que le va a beneficiar a ellos, uno para no generar falsas expectativas y dos para que también maso menos formen expectativas de que van a encontrar porque la gente frente a procesos de rehabilitación y orientación”

“... y son muchos factores que generalmente las personas abandonan procesos. ...Nos has faltado es la parte de lo que decía sería la articulación o las responsabilidades que tienen las eps para apoyar y aportar la implementación de este modelo que no sea un obstáculo en que la ips no pueda cobrar los servicios prestados ya implementados a estos

pacientes o a esta población, y que ellos quizás se vinculen aprendiendo y entendiendo el modelo para que sea más fácil la autorización de estos beneficios”

“...yo consideraría que deben haber unos criterios ya claros y definidos de que voy a evaluar yo como interventor de este paciente con el plan de atención que yo le planteo, debo tener previamente definido los criterios como voy a evaluar si la terapia sirvió o no sirvió y ahora si posteriormente tiene que haber un seguimiento porque si no hay seguimiento yo no voy a poderme dar cuenta si ese plan de tratamiento sirvió o no sirvió, me debo de replantear me debo de reprogramar, o puedo continuar con ese plan. ...yo tengo mis competencias y debo saber hasta dónde debe de llegar así mismo conociendo el quehacer del otro”

“entonces no puedo pretender realizar una atención a una comunidad si no soy capaz de comprender y entender las condiciones de esa comunidad... ...debe ser en mutuo acuerdo entonces creo que es lo más importante porque de eso que te involucren ya no serías un actor pasivo serías un actor de tipo activo”

Compresiones sobre Rehabilitación

De acuerdo a los desafíos propuestos en términos de la salud, en lo que se refiere a sus transformaciones, nuevas comprensiones y el alcance propuesto en la garantía del derecho, el abordaje en relación a la Rehabilitación también es fundamental, es así, que también ha transitado por diferentes formas de ser concebida y por ende de ser operativizada; de acuerdo con Blesedell E., Willard H., Spackman C., Cohn E., Boyt B. (2005), la rehabilitación se ha definido como un "proceso para establecer la capacidad de un individuo en cuanto a participar en actividades funcionales cuando ésta capacidad ha sido alterada o limitada por un deterioro físico y mental", además agrega que "es el uso combinado y coordinado de medidas, médicas, sociales, educacionales, y vocacionales para el entrenamiento - reentrenamiento de un individuo hasta los niveles más altos de la capacidad funcional" (Hagedorn 1997 citado por Blesedell E., et al 2005). Para autores como Díaz, F., Erazo, J., Sandoval C., (2008) la rehabilitación incluye la intervención en actividades de la vida cotidiana, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación vocacional y utilización del tiempo libre.

Por otro lado, se entiende que el proceso de rehabilitación es una búsqueda por mejorar la atención a las personas con diagnósticos específicos o de los problemas de salud

presentes (Basco, E. 2010), de ahí la necesidad de una mejor articulación con el entorno de los mismos, en donde se acoplan los cuidadores y familiares haciéndolos partícipes de manera activa del proceso de rehabilitación. Para López P., Torres M., Segredo A. Alonso L., Martínez N. (2011) la rehabilitación es definida como "gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud".

De esta manera, los procesos de rehabilitación conllevan la búsqueda de alternativas en torno a las necesidades de las personas con discapacidad y por esto se deben generar estrategias que favorezcan la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza, la atención en salud y el desarrollo social, reconociendo que los factores sociales y contextuales son fundamentales para garantizar mejores condiciones de vida y alternativas de rehabilitación. (Díaz, Sanz, Sahonero, Ledesma, 2012).

Siguiendo las experiencias de los procesos y estrategias en rehabilitación, se encontró que según el estudio de Nang S., Rhee S., Kim W. Beom K., Kim S., Young J. (2006), sobre el uso de los servicios de rehabilitación entre las personas con discapacidades severas, encontraron brechas significativas en la APS en zonas rurales y urbanas, además, reportaron que las necesidades de los servicios de rehabilitación son diversas según el estado funcional individual y las características regionales e invitan a eliminar las barreras para obtener los servicios. También afirman que, debido al crecimiento del número de personas con discapacidad, la variedad de necesidades de atención en salud, la continuidad de estas y la integralidad en el proceso de rehabilitación son cada vez más importantes.

En el caso de Ontario Canadá, en el cual se muestran las implicaciones de la regionalización de los servicios de rehabilitación, como lo presenta Secker B., Goldenberg M., Gibson B., Wagner F., Parke B., Breslin J., Thompson A, Lear J. Singer P. (2006) se reflejan relaciones éticas sobre el tema de la discapacidad y enfermedades crónicas y regionalización, encontrando que la integración de servicios de salud y sociales son muy importantes para esta población, de no existir, las personas se ven forzadas a vivir en entornos institucionalizados y los que viven en comunidad tienen el riesgo de ser altamente dependientes. Se muestra la experiencia a través de la

implementación de un modelo de redes locales de salud, el cual da un cambio "de una colección de servicios a un verdadero sistema de salud", que tiene por objeto permitir una mejor integración de los servicios de atención de la salud y "facilitar... la mejor atención, en el lugar más apropiado cuando lo necesiten" Ontario Ministry of Health and Long Term Care, (2005); esto muestra que los servicios de rehabilitación no solamente tienen que responder a unas condiciones de salud en particular sino a la dinámica contextual que incide a que esta condición se complejice, razón por la cual requiere de acciones conjuntas entre varios actores, de acuerdo a las necesidades particulares.

Las experiencia de las redes locales de Integración de la Salud descrita en la experiencia de Ontario refiere los siguientes principios rectores: acceso equitativo de acuerdo a la necesidad del paciente; tiene en cuenta la elección del paciente; resultados mensurables y basados en la formulación de políticas estratégicas, la planificación empresarial y la gestión de la información; atención centrada en las personas y en la comunidad y en las necesidades de salud locales, responsabilidad compartida entre prestadores, el gobierno, comunidad y los ciudadanos.

Otros estudios han dado sustancial relevancia a la caracterización de la necesidades de salud en los territorios y en las poblaciones, bajo visiones de diferentes proveedores, prestadores o profesionales, así, (Pardo Y., González M. 2007) refieren de manera importante, el reconocimiento de las características territoriales y de las dinámicas comunitarias para implementar y desarrollar procesos de rehabilitación, adicionalmente el estudio desarrollado por Terapeutas Ocupacionales, (Ass R., & Grotle M. 2007) cuyo propósito fue describir las enfermedades y las discapacidades de los usuarios de servicios comunitarios en Noruega, plantea en sus conclusiones que el conocimiento, reconocimiento y apropiación de las formas de vida cotidianas, sociales y comunitarias, permiten identificar qué intervenciones deben proporcionar los servicios comunitarios para reducir las consecuencias diarias de las enfermedades y las discapacidades.

En este mismo sentido, estudios de meta-análisis adelantado por Chard, S. E. (2006), acerca de la neurorehabilitación en enfermedades como la esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, lesiones cerebrales traumáticas, enfermedad de Parkinson, refieren la importancia y necesidad de fortalecer la rehabilitación comunitaria, aprovechando su carácter multidisciplinario y encontrando que puede asociarse con mayores niveles de

independencia, desempeño y participación de las personas que por el desarrollo de una enfermedad transitan a la discapacidad. Esto responde a que las intervenciones en rehabilitación deben situarse en contexto, lo cual sugiere, la integración de lo social y comunitario presente en los lineamientos de la APS.

En el caso de Colombia, y según la Ley 1618 de 2013, la rehabilitación se comprende como:

“El mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad”.

Y según Moreno, Balanta y Cols, 2016

La rehabilitación integral, es vista como proceso que busca dar respuesta a las necesidades vinculadas a las capacidades y funcionamientos de los sujetos y colectivos, articula políticas, programas, servicios e iniciativas tanto del Estado como del sector privado y la sociedad en su conjunto. Todo esto, desde una perspectiva de los derechos, en donde cobran relevancia la autonomía y la libertad de los sujetos, la acción intersectorial y la organización social.

Es por esto, que para el país ha sido esencial adoptar la estrategia de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), como propuesta desde el nivel Primario de Atención en Salud, como punto de partida para rehabilitación de base comunitaria, la cual busca promover el desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidades, es llevada a cabo a través de esfuerzos combinados entre las personas con discapacidad, las familias, comunidades, servicios de salud, educativos, sociales y de carácter individual, se constituye en motor de desarrollo social y humano, además, orienta la política pública y social y potencializa el trabajo inter y transectorial (Buitrago, M. 2008). La RBC es una intervención factible y aceptable con un impacto beneficioso sobre la discapacidad, el impacto está influenciado por una combinación de determinantes clínicos, programáticos y sociales (Chatterjee S., Pillai A., Jain S., Cohen A., Patel V. 2009).

La rehabilitación como la búsqueda para la participación

Si bien se han identificado algunas visiones y experiencias en materia de los procesos de rehabilitación, inicialmente se ha hablado de ella como una apuesta por la funcionalidad, un ejemplo de esto son las posiciones que operativizan la rehabilitación en perspectiva asistencial como herramienta de la APS, especialmente los asociados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es decir, en algunos casos se sigue considerando que las acciones deben estar orientadas a las enfermedades o posibles enfermedades que tienen las personas con discapacidad y no a considerar sus interacciones con el entorno, los retos en términos de su nivel de autonomía, así como de las responsabilidades del contexto y de las políticas para promover su participación social y mejores condiciones de vida, por ende de salud.

De acuerdo con lo anterior y siguiendo el curso de las transformaciones por las comprensiones sobre la rehabilitación, se han tenido miradas más amplias, en términos de reconocer los determinantes o aspectos sociales en las que la capacidad de acción se traslada de las inscripciones médicas a la comunidad, la familia y la escuela y en ese sentido la idea es que promueva el diálogo entre diferentes actores: comunidades, instituciones, profesionales y se desarrollen procesos que impacten real y positivamente la vida de las personas.

Es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado que la rehabilitación tiene unos impactos muy importantes en la capitalización y potencialización de las capacidades humanas (Citado, por Angarita, 2014). El concepto de capacidad humana es amplio, por lo que actualmente el enfoque para comprender la rehabilitación sobrepasa la práctica clínica basada en la evidencia o de desarrollos disciplinares aislados, por lo que se deben observar otras variables como la capacidad de un país para promocionar y potenciar la calidad de vida de las personas con discapacidades, utilizando el marco legislativo como eje de sus acciones (Angarita, 2014). En el caso vigente de Colombia, será necesario apalancar sus acciones desde la ley estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, en donde en el artículo 2 establece que “el Estado adoptará políticas para asegurar las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”, sobre una base de integralidad que

comprenda la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad. De esta manera se permitió dar un giro esencial en la comprensión de la salud como derecho social fundamental, así, constituyó una oportunidad para reorientar las prioridades del sistema de salud hacia el beneficio de las personas. En consonancia, el Ministerio de Salud y Protección Social responde formulando la Política de Atención Integral en Salud (PAIS 2016), el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

De esta manera el reto estará en aterrizar las intenciones políticas en acciones y caminos reales de acceso a los derechos en salud y de participación social de las personas con discapacidades.

Por esto, pensar en la rehabilitación integral es involucrar diversos actores en pro del bienestar de las personas con discapacidad (Bascolo. 2010), permitiendo de esta manera la articulación de varias disciplinas siendo beneficioso para la ganancia de movilidad, independencia, bienestar y calidad de vida, por medio de un aporte continuo, estructurado y enfocado (Gage, H. 2011). De esta forma, los servicios de salud deben enfocarse en las necesidades, fortalezas y capacidades de cada persona en búsqueda de optimizar los resultados de la recuperación (Torrance, C. 2011) o que el individuo sea miembro activo de la comunidad, velado por la participación de esta e identificando necesidades que puedan afectar la calidad de vida (Edwards & Delany, 2011).

López, Borg & Mosquera reconocen la importancia de que la rehabilitación integral sea un proceso continuo, en el que, durante determinado tiempo, los objetivos deben ser replanteados o reestablecidos de acuerdo a lo que se observe en los casos particulares y de las comunidades. Además, debe ser un proceso multidimensional en términos de que las ganancias en funcionalidad deben estar acompañadas de procesos sociales como educación, trabajo, ejercicios de convivencia ciudadana, entre otros.

Estos aspectos anteriormente señalados permiten ver cómo la búsqueda de la salud ha transformado los paradigmas dominantes de la explicación de la discapacidad, pasando del modelo rehabilitador en el cual la discapacidad es vista como un trastorno en la salud que debe ser eliminado o minimizado. Y poco a poco ha entrado en conversaciones con el modelo social el cual tiene una postura opuesta, pues para él la discapacidad no tiene

que ver con los cuerpos humanos individuales, sino más con las respuestas sociales. De esta forma, es importante comprender que la rehabilitación puede ser una aproximación a la realización de una vida en plenitud y la posibilidad de teorización sobre la justicia social.

En relación, a la comprensión sobre la Rehabilitación, sigue siendo fundamental, ampliar los horizontes de sentido, en términos de superar las miradas mecanicistas de la salud, de los cuerpos y de las interacciones sociales. Así como de los actores involucrados y sus competencias.

Es así que tal y como lo refirieron los actores sociales entrevistados para esta investigación: Instituciones en salud, usuarios, profesionales de la rehabilitación y la inclusión social, vale la pena avanzar en las dinámicas y acciones políticas que orientan y dan lugar a las oportunidades y reglamentaciones para hacer efectivos los procesos de rehabilitación, por ello es primordial reconocer que la rehabilitación compone estados de salud - bienestar, y que desde ese lugar de enunciación, es un derecho contar con enfoques, mecanismos, medios y herramientas para su real goce. Esto también implica llevar a cabo procesos de medición, en relación a los cambios y las transformaciones de vida de las personas, así como de las dinámicas que llevan a cabo los actores involucrados en términos de sus alcances, desarrollos, métodos y oportunidades.

Es por esto que la rehabilitación, necesita comprenderse como una prioridad en las agendas políticas, pues la falta de oportunidades para el desenvolvimiento de la vida, impacta a las personas y a los territorios, en relación a su productividad, su salud física y mental, su sostenimiento, sus relaciones e interacciones. Reconociendo los impactos que de acuerdo al transcurrir vital se presentan y visionando que la rehabilitación no es exclusivamente responsabilidad del sector salud, si bien, es fundamental y compone el estado de salud y bienestar, la salud significa contar con oportunidades y recursos para el desarrollo humano, pues tal y como se evidencia en los territorios, las oportunidades de trabajo, de educación, de recreación, se ven altamente comprometidas, cuando existen limitaciones y dificultades a nivel corporal, que impactan el desempeño de actividades y la participación en ámbitos sociales.

Es así, que deben superarse y extrapolarse las acciones en rehabilitación, identificando que las gestiones intrahospitalarias, como únicos recursos en algunos casos y algunos

territorios, no son suficientes y no deben ser los únicos para garantizar, la atención, la oportunidad, la integralidad y la inclusión social de personas con discapacidad. Esto también significa desarrollar e implementar un modelo de atención movilizadopor instancias políticas como el Estado, responsable de la garantía de los derechos humanos, para que hospitales, entidades de salud, instituciones prestadoras de servicios y profesionales, acaten “como obligatorio cumplimiento”, los enfoques, los procesos, las acciones y los procedimientos para la rehabilitación. En donde debe disponerse de recursos humanos, financieros, de tiempo y de organización para desplegar y ampliar la cobertura y los alcances de la rehabilitación, llegando a los territorios y comunidades de manera que las personas y los actores sociales, puedan superar trámites y rutas para acceder a procesos de rehabilitación. Contar con procesos de rehabilitación en la Atención Primaria, sería una oportunidad para garantizar de manera más oportuna mejores condiciones de vida para personas.

Es así, que llevar la rehabilitación a un nivel de atención primaria, significa simplificar, accesibilizar y facilitar la atención, la orientación, las rutas y los procedimientos para las personas con discapacidad y sus familias. También significa impactar directamente la vida, pues se reducirían las alteraciones de la salud y por ende la funcionalidad y la participación en pro de la vida independiente y de calidad.

En relación a lo anterior, vale la pena señalar que la rehabilitación debe darse de manera integral, entendida como un proceso que se da a partir de la sinergia de instituciones, procedimientos y técnicas para mejorar las condiciones de vida y de participación social de las personas y familias. En donde las acciones terapéuticas son alternativas que operan como recursos para potenciar las capacidades, sobre las cuales las personas transforman y agencian oportunidades para la vida independiente y la participación social. Sin embargo, vale la pena señalar que dichas oportunidades están también puestas en términos de reconocer las estructuras sociales en las que se vive, la organización, la oferta de servicios y los enfoques económicos, pues son ellos, lo que garantizan que las capacidades de las personas pueden ponerse en funcionamiento en los ámbitos naturales de la vida cotidiana.

Ahora bien, se viene fortaleciendo en algunos territorios la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, y esto permite visionar el territorio y la comunidad como un

escenario para dinamizar procesos que involucren todos los escenarios en los que las personas conviven y crean sus realidades; es decir, que para el caso de la persona con discapacidad, se cuente con una armonización de escenarios y actores que busquen ajustarse para garantizar el máximo de desempeño y participación en actividades propias del trabajo, de la educación, de la recreación, de la vida en casa. Sin embargo, esto requiere de recursos, de herramientas, seguimiento y articulación, así como de identificar de manera esencial la percepción de bienestar de las personas y familias.

Por último, se propone como parte de los retos para la implementación de modelos para la rehabilitación integral y la rehabilitación comunitaria, llevar a cabo procesos investigativos, que permitan documentar los avances, los procedimientos y experiencias exitosas, necesarios para la toma de decisiones y aquí se declara importante involucrar a la academia como otro de los actores responsables, que con valiosos aportes contribuya en la solidificación de modelos y acciones para la rehabilitación.

Finalmente, vale la pena señalar la relevancia del trabajo multidisciplinario e intersectorial en la rehabilitación, a la luz de una construcción amplia y fortalecida en pro de favorecer la condición de salud de las personas, su participación social y su calidad de vida.

Capítulo V Discusión

Parte 1. Categorías bibliométricas.

Sobre los proyectos: El desarrollo de procesos de rehabilitación de base comunitaria que reconozcan la capacidad de agencia de los diferentes actores dentro de los contextos se manifiesta como una necesidad que debe ser resuelta por los sistemas de salud. Si bien la bibliografía evidencia que esta capacidad de agencia está aún lejos de alcanzarse a pesar de que los sistemas de salud ya reconocieron su importancia (Borg, Karsson, Todora, 2009), los esfuerzos deben concentrarse en llevar al terreno práctico “el empoderamiento de los usuarios y la necesidad de asociaciones entre usuarios y los profesionales” (Borg, Karsson, Todora, 2009), lo que devendrá no solo en el

establecimiento de procesos de atención focalizados en los sujetos, que reconozcan sus contextos (y la familia como parte de estos), sino el diseño de intervenciones pertinentes para los grupos poblacionales que se aborden. (Sherrington, Lord, Vogler, Howart 2009).

A la luz de esto, la identificación de los elementos que alteran la calidad de los servicios de salud facilitara el diseño de estrategias de mejoramiento. (Rodríguez, Martínez, Álvarez, Socarras, Marrero, 2009) que tengan en cuenta los factores ecológicos y sociales de las poblaciones acordes a los presupuestos de los sistemas sanitarios (Pizzi PharmD, Frick, Gitlin 2014). Al respecto, los proyectos de rehabilitación deben demostrar un interés particular en grupos poblacionales frágiles o sujetos de especial protección, como los adultos mayores, las personas con discapacidad, y los grupos de bajo nivel socioeconómico, adoptando medidas que faciliten mejorar la calidad de vida desde la comunidad, satisfaciendo las necesidades actuales y futuras con servicios específicos en el nivel primario de salud (Rodríguez, Martínez, Álvarez, Socarras, Marrero, 2009 & Langland, Tuntland 2015).

Los programas y modelos de aplicación concuerdan en la importancia de conseguir lo anterior. En esta medida, los sistemas de rehabilitación deben corresponder a los deseos, necesidades y preferencias de los individuos, a partir del diseño de modelos integral de organización de servicios de salud, el establecimiento de redes -personales, familiares, sociales (Borg, Karsson, Todora 2009)-, en la que las actividades ordinarias de la vida diaria se utilizan con fines de rehabilitación. (Langland, Tuntland, Folkestad.B.2015).

Otros elementos interesantes para tener en cuenta es la importancia del mantenimiento de los equipos multidisciplinarios, la aplicación de estrategias de APS transversales, con un enfoque centrado en la calidad de vida (como la desarrollada en la ciudad de Bogotá en 2004 (Mosquera, Vega, Hernández, 2011)) y la optimización del acceso a la atención integral en salud, que disminuya la brecha entre en zonas urbanas y zonas rurales, especialmente cuando los profesionales de la salud se concentran más

en la resolución de los problemas clínicos y no tanto en la salud pública o la medicina preventiva (Zhaokang, Yuxi, Yong, Yunchang, Yuanjun, Harris 2012).

Al respecto, las experiencias expuestas por Zhaokang y otros en 2012, reconocen la importancia de “mejorar las habilidades individuales de los trabajadores de salud”. Estos autores exponen en su investigación la realización de un curso de capacitación de 1 semana para 40 gerentes de salud, 160 médicos y 40 enfermeras. Esto incluyó tanto la teoría educación y capacitación sobre el terreno, aunque refieren que hubo limitaciones debido al financiamiento de estos programas por parte del estado. La conclusión a la que los autores llegan es que estos procesos que favorecen la rehabilitación en comunidad deben articular a todos los actores en el desarrollo, pero también debe satisfacerse la necesidad de políticas para la comunidad rural que lo facilite (Zhaokang y otros, 2012).

En Colombia Mosquera, Hernández y Vega, exponen la experiencia del hospital pablo VI de la localidad de Bosa como un ejemplo de un proceso de APS. En esta experiencia la APS tiene una visión positiva de la salud y de los servicios de salud, así mismo, “articula la participación social, el trabajo comunitario y la acción intersectorial como valores y procesos para dar respuestas desde la responsabilidad social (Mosquera & otros 2011), lo que necesita la realización de cambios institucionales encaminados a la realización de acciones intersectoriales y de integración.

Sobre la estructura operativa interna: Dentro de los elementos a considerar como parte de la estructura interna de los procesos de rehabilitación de base comunitaria esta la planeación del acceso al servicio en varios niveles. En primer lugar, desde un plano geográfico la literatura demuestra que los servicios de rehabilitación se ubican a gran distancia de las poblaciones, lo que implica que para acceder a ellos los usuarios deben correr con importantes costos económicos y de tiempo. Además, el acceso al servicio se fundamenta en los aspectos organizacionales y de funcionamiento, -como la disponibilidad de agendas para las citas o la facilidad para contactarse con los servicios prestadores- (“Román Vega, Martínez Collantes, Acosta Ramírez 2009”), la combinación de habilidades según la ubicación de la prestación de servicios con servicios domiciliarios -que utilizan más personal de rehabilitación y apoyo que los

servicios a pacientes durante su estancia en instituciones prestadoras de servicios de salud- (Nancarrow, Moran, Freeman, Enderby, Dixon, Parker, & Bradburn, 2009).

Además, se reconoce que los prestadores de servicios no encaminan las intervenciones a las deficiencias físicas y de mantenimiento. Estos, además, reconocen que hay falta de conocimiento de la gestión básica que se debe tener en un nivel de atención primaria. (Mirza, Tareen, Davidson & Rahman, 2009).

Por otro lado, debe ser constitutivo de estos programas tener una base comunitaria y familiar, aunado a un marco epidemiológico y cultural sólido (Maulik y Darmstadt 2007) y con un equipo de trabajo interdisciplinar, en lo cual se hace énfasis porque abarca, no solo las relaciones de los profesionales, sino también las relaciones entre las organizaciones de salud y de asistencia social, lo cual según las experiencias que expone Goodman reduce los costos para la persona, su familia y los servicios de salud y asistencia social (Goodman, Drennan, Scheibl, Shah, Manthorpe, Gage, & Iliffe, 2011)

Según estos mismos autores, los procesos de rehabilitación deben entenderse no solo desde el contexto inmediato de desarrollo, sino también dentro de un contexto de la salud, por lo que estos deben seguir un continuo que facilite la transición desde las instituciones prestadoras de servicios de salud hasta la casa.

Además, es clave para estos servicios que respondan o exista una articulación con los “atributos de la atención primaria en salud”, explicados por Ega, Martínez y Acosta (2009) y citados por Berterretche, R., & Sollazzo, A. 2012):

Acceso: oportunidad de utilización de los servicios por la ausencia de barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales.

Puerta de entrada (primer contacto): existencia de una fuente regular de atención disponible dirigida a la atención en salud de la población.

Vínculo (longitudinalidad): posibilidad de lograr una atención en salud permanente en el tiempo, así como regularidad en la relación entre el usuario y un proveedor estable de los servicios médicos.

Cartera integral de servicios (integralidad): conjunto de servicios disponibles que permitan cubrir las necesidades y problemáticas de salud de los diversos grupos que conforman la población usuaria. Incluye los diversos componentes de la atención en

salud: promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Coordinación: existencia de mecanismos de comunicación, referencia y contrareferencia entre los diversos proveedores de servicios, para evitar la fragmentación de la atención en salud.

Enfoque familiar: considera la importancia del entorno y los antecedentes familiares dentro de los condicionantes del proceso salud-enfermedad, así como la necesidad de facilitar y fomentar la participación y apoyo familiar en la atención en salud.

Orientación a la comunidad: fomento de la participación comunitaria en la definición de necesidades y en las alternativas para su intervención.

Formación profesional: recursos humanos con capacitación y formación en el enfoque de APS para facilitar el cumplimiento de sus atributos”.

Sobre los Elementos relacionados con el contexto inmediato: La atención primaria como la base de un sistema de salud se constituye en el primer contacto con la población, se articula con las acciones de promoción de la salud prevención de la enfermedad y la rehabilitación, se centra, además, en lograr el empoderamiento y en desarrollar el poder de decisión en las comunidades sobre aspectos asociados a su propia salud.

Para ello, el concepto de ciudadanía juega un papel fundamental, en el cual la persona es reconocida como un ser con derechos y deberes. Entonces, asume el papel de poseedor y reclamante de lo que por justicia le es designado constitucional y legislativamente como lo indican los diferentes documentos legales existentes a nivel nacional, en el cual legitiman la salud como derecho fundamental (Sentencia T-121/15, ley 1751 de 2015), y estipulan el acceso a los servicios de salud requeridos de acuerdo a las necesidades individuales y colectivas. Pero, además, no se debe olvidar el otro componente de la ciudadanía, que tiene que ver con las responsabilidades que la persona debe asumir frente a los temas de salud, en los cuales se encuentran el autocuidado, el respeto individual y colectivo, y el uso racional de los recursos del sistema de salud, que finalmente se pueden constituir como los deberes.

Es entonces, como el empoderamiento en la atención primaria en salud es fundamental, pues permite la movilización y participación de la población según las

necesidades demandadas por la comunidad y por cada uno de los individuos que la componen, de acuerdo con Rodríguez, A. & Gimenez, M. (2007).

Pero para lograr lo anterior, hay un elemento fundamental que tiene que ver con la capacidad del recurso humano en salud para asumir la rehabilitación en el marco de la atención primaria. Es claro, que las condiciones de salud de los individuos y las poblaciones son multifactoriales y por ende el abordaje debe realizarse de manera multidisciplinaria, pero ¿bastaría con éste?, o ¿es necesario pensar en interdisciplinariedad o más allá como la transdisciplinariedad? Lo que es evidente, es que es necesario la presencia de diversos profesionales, que analicen las necesidades de salud de las poblaciones, pero sobre todo que realicen intervenciones que vayan más allá de una recuperación o de la rehabilitación individual, es decir, que realmente aporten a la solución o manejo de una problemática en salud desde la realidad del individuo, de la comunidad, del contexto, de la región y del sistema de salud.

No es suficiente con la presencia de diversos profesionales, sino además la manera como conciben y asumen la rehabilitación. Teniendo en cuenta lo indicado por la OMS "La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades...", entre los profesionales de la salud involucrados en las acciones de rehabilitación se encuentran: médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, neuropsicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, nutricionistas, y médicos con especialidades médicas diversas. Cada profesional concibe el tema de rehabilitación según su formación, por ejemplo: el médico desde su perspectiva biológica asocia la rehabilitación con el término de curación o recuperación (González R. 1997), para los fisioterapeutas tiene que ver con reeducación y readaptación asociadas al movimiento corporal (Gallego, T. 2007), para el fonoaudiólogo tiene que ver con una filosofía y una práctica diseñada para el logro de altos niveles de funcionamiento asociado con la comunicación (Cuervo 1998), para el terapeuta ocupacional se enfatiza en las capacidades de un individuo por lo cual se basa en métodos compensatorios que permiten lograr mejores desempeños para participar en ocupaciones (Blesedell E., Willard H., Spackman C., Cohn E., Boyt B., 2005.), para el psicólogo y neuropsicólogo se centra en el funcionamiento de capacidades que se encuentran inhibidas o enseñar de nuevo de capacidades que se han perdido (Cuetos 1998 citado por Arango J., 2006).

Lo anterior muestra las diferencias de concepciones, eso sin profundizar en los enfoques o clasificaciones existentes de la rehabilitación que cada profesional según su formación pueda llegar a conocer y a usar en sus contextos laborales.

La comunicación entre profesionales, y el manejo de la información en salud, son importantes en las estrategias de educación y alfabetización, porque según Rodríguez et al. 2007 son más eficaces. Los enfoques y los conceptos que manejen los profesionales determinarán en gran medida estas estrategias. Los profesionales no solamente requieren ser conocedores de los aspectos disciplinares que les atañen según el objeto de estudio de su profesión, sino que, además, deben manejar conocimientos asociados a la política, al modelo y sistema de salud actual, a las metodologías de acuerdo a los enfoques de abordaje propuestos por los diferentes entes rectores. Lo anterior es fundamental, porque los profesionales se constituyen como mediadores o facilitadores del proceso de alfabetización que es requerido para el empoderamiento y la toma de decisiones en aspectos de salud. Según Edwards M, Wood, F. Davies, M. & Edwards, A. (2015), los individuos necesitan para funcionar eficazmente dentro del sistema de salud, una serie de habilidades cognitivas, personales y sociales, que abarcan tareas de búsqueda de información y toma de decisiones.

"Según los expertos en salud pública, un individuo con un nivel adecuado de alfabetización en salud tiene las competencias necesarias para gestionar su salud de una forma responsable" (Kickbusch, 2008 citado por Falcón M. Luna A. 2012). Es considerada una exigencia cívica asociada con la ciudadanía y la salud, también como exigencia ética vinculada con velar su propia salud y ejercer un autocuidado como deber moral fundamental en una sociedad (Falcón et al. 2012).

La alfabetización en salud ha sido estudiada y ha demostrado impactos en la salud individual y pública, en especial en colectivos vulnerables, además, en los costos asociados al sistema como lo refiere " National Academy on an Aging Society de Estados Unidos que estimó que una alfabetización en salud baja supone un coste adicional de 73 billones de dólares al año en los fondos que este país destina a su sistema de salud" Proyecto europeo de alfabetización en salud muestra la utilidad y hace énfasis en que el abordaje debe realizarse de manera multifactorial, pluridisciplinar

y multisectorial. Concluye que la alfabetización en salud debe trabajarse como una línea estratégica que actúe sobre la atención, el cuidado, la promoción y la prevención; bajo dos perspectivas: interviniendo sobre pacientes y ciudadanos y por otro lado simplificando el sistema de salud para facilitar la accesibilidad. (Falcón et al. 2012).

Existe otro término denominado alfabetización distribuida (Wagner et al., citado por Edwards et al., 2015), en la cual algunos individuos pueden poseer elementos de alfabetización y al combinar sus esfuerzos pueden funcionar como individuos plenamente alfabetizados, es decir, de manera conjunta es posible contribuir a la acción de alfabetizar. Baynham (Edwards et al., 2015), refiere que una persona puede poner sus habilidades de alfabetización a disposición de los demás y que se puede llevar a cabo mediante maneras informales y formales. Adicionalmente, de acuerdo con Papien citado por Edwards et al., 2015, concluye que "la alfabetización en salud no es solamente una habilidad individual, sino un recurso distribuido disponible en el entorno social de un individuo".

Por lo anterior, no solamente los profesionales en salud se constituyen en facilitadores o mediadores; los amigos, la familia, los actores sociales y otros también los son. Rapley 2008 citado por Edwards et al., 2015. da un papel fundamental a la toma de decisiones compartida y es aquí donde se considera el rol de las redes sociales. El establecimiento de redes permite desarrollar una serie de encuentros con otros, que pueden conllevar a actividades cognitivas para la toma de decisiones individuales y conjuntas.

Sobre la efectividad de los procesos de rehabilitación comunitaria: La evaluación de las experiencias de aplicación de la atención primaria en salud evidencia elementos que le dan sentido al reto de construir las orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación. Por ejemplo, Rodríguez en 2012 explica que los "países que cuentan con un sistema sanitario orientado hacia la Atención Primaria de Salud (APS), tienen mejores resultados sobre la salud de la población y son más eficientes", esto en particular porque la carga que se deriva de la aparición cada vez más frecuente de enfermedades crónico-degenerativas, el aumento de la esperanza de vida, etc. (Chard, 2006), el aumento de la población, los cambios en el perfil epidemiológico y

demográfico, entre otros (Sánchez, 2008), resultan en un aumento en los costos de la atención para rehabilitación.

Rodríguez (2012) también declara que la APS “es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad en reducir las inequidades en salud, y es una condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados a objetivos de desarrollo, incluidos los presentes en la Declaración del Milenio”. Dicho de otra forma, la aplicación de procesos de rehabilitación de base comunitaria fundamentándose en la APS, tal como lo propone la ley 1751, es generadora de transformaciones sociales al equiparar las oportunidades de acceso a la salud como un derecho fundamental.

También ha expuesto que intervenir en el nivel primario fortalece las relaciones entre los profesionales, las familias y las personas usuarias, en tanto crean “vínculos de responsabilidad y confianza” y permite una “comprensión ampliada del proceso salud/enfermedad y de la necesidad de intervenciones a partir de los problemas y de las demandas identificadas” (Rodríguez, 2012).

Sánchez (2008), por su parte, explica que estos procesos facilitan la “reincorporación temprana del paciente a su entorno social y laboral”. (Sánchez, 2008), de la misma forma en que lo sugiere Chard (2006), cuando refiere que la neurorrehabilitación comunitaria puede desempeñar un papel importante cuando los individuos buscan mantener el funcionamiento y la participación social, y todo esto por un costo menor que el que se concentra en el medio hospitalario.

Sobre los medios y herramientas de aplicación: Estos medios y herramientas buscan recolectar información acerca de las necesidades de la población, y a partir de ello realizar actividades que generen conciencia en las personas y en los profesionales, de esta forma realizar un trabajo multidisciplinario incluido el usuario.

Uno de los elementos fundamentales dentro de la aplicación de estrategias de rehabilitación en el componente primario de atención es que arrojó la literatura es la alfabetización en salud. El estudio de Edwards, Wood, Davies. y Edwards, 2013, es prolífico al explicar la importancia ha de llevar a cabo acciones de alfabetización en salud. En primer lugar, expone que “concepto ha evolucionado a partir de una descripción básica de la capacidad de realizar tareas relacionadas con la salud que requieren lectura y habilidades numéricas, entre ellas: la toma de decisiones, la resolución de problemas,

pensamiento crítico y una variedad de habilidades cognitivas, personales y sociales que los individuos necesitan para funcionar de manera efectiva dentro del sistema de salud”. (Edwards, Wood, Davies. y Edwards, 2013). Seguido, expone que este es un proceso que integra tanto Amigos, familiares, profesionales de la salud y educadores de la salud para que la comunidad pueda desarrollar sus conocimientos y habilidades, comunicarse con profesionales de la salud y participar en la toma de decisiones compartida. Además, la alfabetización es fundamental para disminuir la pobreza, enriquecer la condición social y económica del individuo, familias, comunidades etc. Rodríguez y Jiménez, en 2007, explican que es fundamental tener en cuenta el contexto de justicia social, cultural y política, como parte de los determinantes que están condicionando la salud de los individuos, por lo que también es importante la noción de ciudadanía en los servicios de salud, incluyendo los derechos y deberes, y la necesidad de movilización y participación de la población en las decisiones sobre la salud en la comunidad. (Rodríguez, 2007.)

Dentro del hacer, los profesionales “deben conocer los métodos diversos y los criterios de selección para un criterio de selección con el tema, la población-objetivo, el tiempo y los recursos disponibles. Se ha encontrado aquí que la mayoría de los autores usan técnicas visuales o gráficas para subsidiar sus acciones. Técnicas escritas, que se refieren a todo el material utilizado como base, por ejemplo, carteles, banners, folletos, carpetas, álbumes en serie, etc.” (Rodríguez, 2007.).

Otra de las estrategias de aplicación que la literatura expone como una de los más importantes, fuera de la educación para la salud, es el trabajo domiciliario. Drummond, Walker y Parry, en 2014, lo definen como un “tipo de servicio comunitario en el que un trabajador de atención visita a la persona en el hogar para brindar asistencia con actividades cotidianas”. Es interesante que para el desarrollo de esta tarea los autores proponen plantear dentro del trabajo domiciliario un plan de reajustes, especialmente para las personas con discapacidad que requieran apoyos extensos o generalizados y las personas con enfermedades crónicas y degenerativas, que responda a la posibilidad de experimentar nuevos deterioros de la condición de salud a largo plazo, las cuales incluye la modificación del entorno familiar como un componente central de la intervención.

Sobre los usuarios: “Nada sobre nosotros sin nosotros” es el lema de la convención internacional por los derechos de las personas con discapacidad y resume, en una sola frase, el objetivo claro de todo trabajo que se precie de ser comunitario. Giraldo y Vélez (2014) explican, con razón, que quienes utilizan los servicios en salud son quienes pueden ver más claramente las limitaciones y las oportunidades de este servicio, por lo que contar con la posición de los usuarios, como destinatarios de los procesos de rehabilitación y de sus familias, como el contexto más inmediato de estos, es impajaritable.

Sobre el acceso a la salud como derecho son las personas con discapacidad quienes históricamente han vivenciado mayores desigualdades. La literatura demuestra que quienes tienen discapacidad y que viven en zonas rurales, por ejemplo, tienen mayores dificultades en el acceso a la salud para ellos o sus cuidadores, lo que servicios como el de rehabilitación pueden verse limitados cuando estos dependen de centros de atención que habitualmente se encuentran ubicados en zonas urbanas o centros poblados.

Por otro lado, el grupo poblacional conformado por las personas mayores, quienes tienen una alta prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas o incapacitantes, también deben ser sujetos especiales de atención. Las experiencias que presentan López y Padilla (2010), refieren que particularmente para estos dos grupos poblacionales los servicios de atención terapéutica domiciliaria son claves, en tanto inciden en las condiciones particulares de los individuos como en sus entornos sociales y laborales. Para las autoras, la integración en los planes de trabajo de las familias permite lograr que los usuarios tengan acceso a los servicios, además de mejorar las condiciones y la calidad de vida de sus cuidadores.

Dentro de los elementos que hacen referencia a los usuarios, es pertinente resaltar el hallazgo de Giraldo (2014), quien expone que quienes desarrollan trabajos independientes utilizan menos los servicios de salud, asociado, según la autora, a diversos factores como el contexto en el que viven, los servicios de salud a los que tienen acceso y factores personales, culturales y comunitarios. Al respecto Molineux (2014), afirma que para comprender la ocupación y el compromiso ocupacional es necesario comprender el contexto dentro del cual se desarrolla la ocupación, lo que implica que, sin

una comprensión clara de los servicios de rehabilitación, realmente no hay rehabilitación posible.

Sobre los profesionales: Cuando se habla sobre los profesionales prestadores de servicios en salud es necesario reconocer que estos son múltiples, por lo que las perspectivas inter y transdisciplinarias emergen como necesidades básicas dentro de los procesos rehabilitadores.

La práctica disciplinaria de las profesiones de la salud está involucrada íntimamente con el territorio en el que se desarrolle su trabajo (Pardo Y, González M. 2007), puesto que el ejercicio disciplinar que integra los conceptos de salud y enfermedad con procesos de cuidado y comunidad, establecen relaciones causales y determinantes de los espacios y los territorios con las acciones y respuestas al cuidado de la salud. (Mora, Ballesteros y Mauricio 2007).

Al respecto, la literatura refiere la importancia de que los profesionales de la salud sepan cómo abordar el trabajo en comunidades y clínicas de atención primaria. (Bateman, Visagie, 2012 citado por Naidoo D, Van Wyk J, Joubert.RW.2016). Aunque existe poca información sobre el papel de los profesionales de la atención primaria en salud (Naidoo, Wyk, Joubert, 2016), si se reconoce claramente la importancia que tiene la academia como formadora de profesionales, por lo que las universidades deben evaluar sus planes de estudio hacia este enfoque.

Además, se evidencia en la literatura que el papel que juegan los profesionales de la rehabilitación está fuertemente ligado al quehacer médico al referir que los fisioterapeutas son un recurso importante para los médicos de atención primaria y los profesionales de enfermería, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas y episódicas. (Cheryl, Shilpa y Michel 2011).

Sobre Políticas públicas y contextos nacionales: Las experiencias frente a las políticas públicas en el desarrollo de estrategias de APS responden principalmente a la necesidad institucional de afrontar los retos de atención y de vulneración de derechos de los grupos poblacionales más frágiles, consiguiendo que las prestaciones de servicios permitan alcanzar un estado de equidad de los servicios en salud (PAHO, 2005; CONASS, 2004; Starfield, Shi & Macinko, 2005).

Vega y Carrillo (2006), resaltan la importancia de los determinantes para desarrollar programas de APS. Además, la necesidad de integrar “modelos de atención clínica orientada a los individuos y las familias con acciones de salud pública y sociales orientadas a la población vulnerable y con mayores riesgos, debe hacer énfasis en la prevención primaria, secundaria y terciaria” (Leavell & Clark, 1965).

Finalmente, en el marco de las políticas y los contextos, también se destaca la Rehabilitación Basada en comunidad como una estrategia ampliamente difundida en el contexto nacional, cuyos principios son “la igualdad, la justicia social, la solidaridad, la integración y la dignidad para las personas con discapacidad” (Buitrago, 2008).

Parte 2. Sobre las categorías temáticas

Se puede analizar que actualmente en Colombia se enfrentan varios desafíos en términos de la atención en salud y por ende de la rehabilitación, como uno de los aspectos de su propuesta de integralidad. En primer lugar, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, declara la salud como un *derecho fundamental*, lo que significa un cambio sustancial, paradigmático y pragmático en relación a las garantías de vida y de la condición humana que tienen todas las personas sin ningún tipo de distinción. Hablar de un derecho fundamental tiene que ver con su reconocimiento, ejercicio y protección y está estrechamente ligado al concepto de *dignidad*; por eso su respeto y pleno ejercicio, permite consolidar la existencia de un verdadero Estado Social de Derecho.

De esta manera todas las acciones, estrategias y programas deben contemplar la articulación y el trabajo intersectorial e interdisciplinar, buscando enriquecer y garantizar mejores condiciones de salud y de bienestar. Pues tal y como se propone desde el modelo social, al referir los determinantes sociales como aspectos que inciden en la condición de salud y de calidad de vida, son los diferentes actores sociales los llamados a integrar y a trabajar mancomunadamente por la garantía del derecho a la salud.

En un segundo lugar, Colombia ha avanzado en generar estrategias de Atención en Salud, en donde la Atención Primaria en Salud (APS) ha sido protagonista, ofreciendo un marco ideal para pensar la salud desde la integralidad y con un enfoque centrado en las necesidades e intereses de las personas, en donde se reconocen las relaciones que se circunscriben entre los diferentes entornos en los que habitan las personas, desde una

visión macroestructural que involucra las políticas de salud y los sistemas que las operativizan. De esta manera, tal y como lo plantea Berterretche (2012), "la estrategia de APS está consagrada a un nivel macro social a través de un marco normativo sólido, su implementación a nivel operativo implica importantes desafíos para el logro de una adecuada integración y coordinación de los cuidados".

Al respecto, lo primero que la literatura permite reconocer, es el fin último de la APS: Apoyar la Garantía del derecho a la salud de todas las personas, desde la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (Díaz, Erazo, Sandoval, 2008), es decir, contar con una atención tanto preventiva, curativa y de rehabilitación con oportunidad, donde se contemplen la satisfacción de las necesidades e intereses de la población (IMSS).

De esta manera es clave, tal como lo señala la OMS, contar con la participación activa de las comunidades en el planteamiento de nuevas políticas públicas y sociales, que permitan potenciar el trabajo ínter y transectorial, así como la responsabilidad de la sociedad en general y de las instituciones en la garantía del derecho a la salud y la rehabilitación.

Sobre esta base, es fundamental estructurar un enfoque centrado en los intereses y necesidades de las personas y así como lo demuestra la literatura, es de vital importancia establecer procesos que a partir de la política, permitan mejorar la calidad de vida de las personas- lo cual representa el eje central de las dinámicas sociales- desde la garantía (entre otros) del derecho a la salud, lo que invita, –dado el carácter subjetivo que se reconoce en el término calidad de vida- a buscar que los planes, programas y proyectos posibiliten la evaluación multidisciplinar de las condiciones de los entornos comunitarios y de esta manera se promuevan su acceso a los servicios de salud y de rehabilitación.

Frente a los Medios y Herramientas para la atención en salud

En esta categoría se han relacionado los elementos que facilitan, promueven o condicionan el acceso a los procesos de rehabilitación, asociados al funcionamiento de los sistemas y modelos de salud, identificando actores políticos, económicos, institucionales y sociales, de cara al bienestar, la participación, y la calidad de vida de las personas.

En Colombia al declarar la salud como un derecho fundamental, el Estado colombiano se compromete a garantizar las condiciones para que los servicios de salud dejen de ser concebidos en términos mercantilistas y se dinamicen políticas, acciones y mecanismos para que la salud y todos sus niveles (prevención, promoción, rehabilitación, etc.) lleguen a todas las personas del territorio colombiano de manera oportuna y de calidad, un desafío grande para el país en la transformación de paradigmas, de los medios y herramientas que tradicionalmente se han utilizado en el ámbito de la salud y de la rehabilitación. De esta manera, es clave fortalecer la orientación estratégica propuesta desde la Atención Primaria en Salud, como medio y herramienta para materializar el goce efectivo del derecho a la salud, a través de la atención integral, desde la perspectiva de los determinantes sociales y económicos. Y así, se debe facilitar la articulación coordinada de todos los dispositivos de atención, intervención e influencia en todos los contextos –especialmente los rurales- como en todos los niveles (primario y complementario).

Ahora bien, en relación con la organización de la Atención Primaria en Salud y de las estructuras y mecanismos para su puesta en funcionamiento, resulta fundamental anotar que los procesos desarrollados en la comunidad deben, necesariamente, tener en cuenta los diferentes agentes, personales e institucionales de los grupos poblacionales y reconocer sus niveles de participación o corresponsabilidad en la construcción de un entorno comunitario saludable. Entre estos, reconocer las escuelas, los medios de comunicación, de industria, centros de trabajo, es así que la articulación de todos los actores fortalece el compromiso colectivo por la salud, influencia su construcción, operativizan la normatividad, e impacta en los grupos poblacionales al visibilizar las interacciones que emergen de los determinantes sociales de la salud.

El trabajo articulado con los actores territoriales debe ir de la mano con un trabajo endógeno del sistema de salud que permita optimizar el movimiento de la población dentro y fuera del sistema: Dentro, desde las estrategias de promoción y de la salud, la atención preventiva y las intervenciones asociadas a la curación y rehabilitación, y Afuera, en virtud de mantener un óptimo proceso pos hospitalización que mantenga y mejore la funcionalidad, la independencia y el desarrollo del proyecto vital, reduzca el reingreso hospitalario, y fortalezca la construcción de nuevas relaciones sociales.

En relación a los actores involucrados y responsables en la garantía de las condiciones de vida y de salud, los profesionales de salud (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, trabajadores sociales) juegan un papel fundamental, en primer lugar, en relación al conocimiento que debe tenerse de las legislaciones y de sus alcances, y en segundo lugar, en relación a los contextos, herramientas, mecanismos, redes y medios que viabilicen la garantía del derecho a la salud y a la rehabilitación. También se hace necesario visibilizar y apoyar los recursos humanos, materiales y culturales con los que cuentan las comunidades en la garantía de las condiciones de salud, las prácticas de cuidado, las formas para generar mejores condiciones de vida.

Frente a los enfoques en salud y rehabilitación

En esta categoría se tienen en cuenta los marcos de referencia sobre las cuales se observa la realidad de los procesos relacionados con la rehabilitación y la salud, así como de las formas que han guiado las acciones y el quehacer de la rehabilitación.

La salud y la rehabilitación tal y como lo refiere la literatura, se han centrado en dos enfoques fundamentalmente, el primero, pensado en la persona, es decir, se tienen en cuenta los intereses y necesidades particulares, sin embargo, es importante señalar que si bien las personas hacen uso de sus mayores recursos, las condiciones sociales, políticas, culturales, económicas y ambientales son también determinantes y responsables de las posibilidades de acceso, salud, desenvolvimiento y participación social de las personas, familias y comunidades.

El segundo enfoque está centrado en los escenarios sociales, es decir, en la capacidad para actuar y reaccionar frente a las prácticas de la salud y la rehabilitación, en donde las políticas, las instituciones, la comunidad, la familia y el entorno, se sintonizan en función de la promoción del bienestar, la calidad de vida, la prevención de riesgos, de accidentes y de posibles alteraciones.

Los enfoques finalmente deben llevar a pensar en el acto político de la salud, eso quiere decir que estos se asumen como formas de direccionar las acciones, en donde finalmente las personas, los colectivos, las instituciones públicas y privadas, las estructuras de gobierno son responsables en la garantía y el ejercicio pleno de los derechos para la salud y la rehabilitación, sin embargo, vale la pena resaltar que el Estado

debe proveer las condiciones adecuadas y de sostenibilidad, para el real goce y ejercicio de la salud como derecho, debe existir un andamiaje que vehiculice acciones, prácticas y contextos en función del bienestar de las personas y de su desarrollo como seres humanos.

La discusión entre enfoques ha permitido reconocer que los procesos de salud y de atención a poblaciones con discapacidad, están vinculados determinantemente con procesos sociales, es decir, reconocer que los entornos, las formas de comprender la realidad, las prácticas de vida juegan un papel protagónico en las posibilidades de bienestar y de participación, así como de hacer consciente y movilizar el empoderamiento de las personas y comunidades como gestores de salud.

Frente a la realización efectiva de las capacidades para la vida

Esta categoría recoge los elementos que buscan potenciar y favorecer mejores condiciones de vida, brindar apoyo, soporte social y contribuir a la construcción del proyecto de vida y a la mitigación de las condiciones de marginalización de las personas. Aspectos como la autonomía, el autocuidado, la integración social y la efectividad de los abordajes terapéuticos, etc., permiten comprender la rehabilitación como una aproximación a la realización de una vida en plenitud y la posibilidad de teorización sobre la justicia social.

Potenciar los desarrollos para la autonomía y la vida en plenitud de las personas con discapacidad y con alteraciones de la salud, significa gozar de procesos de planificación dados desde las políticas y estructuras sociales, así como en la generación de alternativas de intervención centradas en las personas, reconociendo sus trayectorias de vida, sus intereses y visiones de futuro, en donde las capacidades instaladas se gesten desde las propias personas, apalancadas por estructuras que permitan el sostenimiento de las adecuadas condiciones de vida.

Así mismo las intervenciones y acompañamientos tempranos deben brindar información sobre las características de la promoción de la salud, posibles alteraciones de la salud, la discapacidad y su manejo. Esto significa contar con procesos de caracterización de las comunidades, de sus dinámicas de vida, censos poblacionales, alternativas de apoyo y redes institucionales.

También es fundamental fortalecer los equipos profesionales interdisciplinarios, que cooperan en la comprensión sobre las realidades de la salud y la rehabilitación y buscan alternativas de acompañamiento e intervención, sin embargo es clave trabajar conjuntamente con cuidadores, familia y personas que asumen el cuidado y las prácticas de salud en los territorios, pues esto significa, uno, reconocer los saberes y prácticas de las comunidades y dos, enriquecer y fortalecer las redes de apoyo y el capital humano que cotidianamente se enfrenta a las necesidades de las personas.

Las técnicas, estrategias y recursos utilizados en los procesos de salud y de rehabilitación, se proponen desde apuestas también comunitarias, diversas en sus formas, enfocados en el trabajo colectivo, de mayor consciencia frente al cuidado, la participación social, el trabajo en redes, la garantía del derecho a la recreación y al desarrollo de las capacidades humanas, esto también se propone en términos de la justicia social y el desarrollo humano.

Finalmente resulta importante reconocer que fuera de todos los elementos que han formado parte de esta reflexión, están otros claves en la puesta en escena de la APS. Entre ellos cuentan la operacionalización por parte de las organizaciones médicas que, según Conroy (2010), tienen la función de prevenir alteraciones en la condición de salud de las personas determinando factores influyentes por medio de caracterizaciones poblacionales e interviniendo en estos y mitigando los riesgos existentes, las estrategias como la educación en salud de la comunidad, que la literatura muestra como “la mejor opción para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud” (RODRIGUES & GIMENIZ 2007), la educación y los procesos de alfabetización de las poblaciones (Edwards, Wood, Davies, & Edwards, 2015), la formación, información y dotación que tienen los profesionales que desarrollan las actividades de campo (Torrence, DeCristofaro, & Elliott, 2011), y que claramente condicionan la efectividad de la atención, la estructura de los equipos y las habilidades para el trabajo interdisciplinario, el apoyo que la familia, los cuidadores o la propia familia ofrecen, la “responsabilidad social los trabajadores de salud su manejo, intervención y asistencia efectiva que se da en un servicio rural” (Bambling, Matthew, et al, 2007), la diversidad de las herramientas, la participación y la movilización social, la interculturalidad de los escenarios, la

accesibilidad -definida como una característica fundamental en la que los usuarios pueden acceder a sus citas(Capellaro & Longo, 2011), etc.

Parte 3. Sobre las categorías emergentes y los resultados.

Sobre los actores y las acciones colectivas

Se hace necesario y conveniente generar un acercamiento y una comprensión clara hacia lo que es, las implicaciones y las posibilidades de generar transformaciones de los actores sociales, para lo cual hay una definición que se considera puede aportar a las discusiones y conclusiones de la presente. Esta es la que propone Sibeon (como se cita en García, 2007). Para este autor, “un actor es aquella entidad que dispone de los medios para decidir y actuar conforme a sus decisiones, cuyas características son cualitativamente distintas a las de la suma de las decisiones de los individuos que la integran y a la cual se le puede atribuir responsabilidad por los resultados de sus acciones”. En concordancia con lo anterior, Rauber (2006) plantea que los actores sociales son todas las agremiaciones que juegan un papel en la vida social y que buscan conseguir determinados objetivos.

Dentro de sus argumentos, García (2007) explica que no se debe atribuir el término de actor social a conceptos efímeros que no tienen incidencia real sobre los procesos sociales, por ejemplo, los hombres de raza blanca o incluso el Estado, porque la característica principal de los actores sociales es que toman decisiones y estas tienen incidencia en los contextos sociales particulares. Para lo cual, según García (2007) existen una serie de factores que determinan la conformación de las decisiones y/o actuaciones de los actores sociales, los cuales son: i) la posición formal del actor, ii) sus intereses, iii) sus sistemas de creencias, iv) sus habilidades y v) el entorno de oportunidad en el que despliega su actuación.

Para la presente investigación es importante preguntarse e indagar sobre las acciones tomadas por los distintos actores sociales en cuanto a los procesos de atención en

rehabilitación, pues es un hecho que llama la atención que en los municipios donde se realizaron las visitas de campo y las entrevistas, se observó que en la mayoría de los casos los servicios de rehabilitación están frenados por la falta de contratación de profesionales, lo que demuestra que la rehabilitación no es una prioridad en los territorios y que los actores sociales llamados a ser protagonistas y garantes de estos procesos no actúan como deberían, lo que nos lleva a cuestionar su papel y a preguntarnos si realmente cumplen con los perfiles o las condiciones que deben tener los actores sociales que tienen a su cargo el tema de rehabilitación.

Partiendo de los cinco factores propuestos por García(2007) a partir de los cuales se pueden identificar las acciones de los distintos actores sociales, valdría la pena preguntar por las apuestas de la RBC, pues cuando esta habla de que cualquier persona que haga parte de la red de APS puede dirigir y adelantar procesos de rehabilitación iría en contra de los planteamientos de García cuando propone que una de las principales características que direcciona el quehacer de los actores sociales es la categoría habilidades, la cual es entendida como formación profesional, experiencia, etc. Evento que empieza a desdibujar los ejercicios de rehabilitación en la APS.

Por otro lado, es paradójico que uno de los factores que determinaría el proceder de los actores, es el entorno de oportunidad en el que se despliega su actuación. Partiendo de que Apartadó es una zona que fue escenario de una época de mucha violencia, sería de esperar que esta región tenga un índice un poco más elevado de personas con discapacidad que alguna otra región del país, teniendo en cuenta que los actos violentos los aumentan. Esto, supondría que las entidades prestadoras de los servicios de rehabilitación tienen un escenario más amplio, por lo tanto, deberían estar fortalecidas e incluso siendo pioneras frente a estos servicios.

Se podría pensar que los planteamientos de Alonso (2004), servirían de complemento para la idea anterior, pues el autor plantea que:

Los actores sociales, si bien su acción posee límites originados en los condicionamientos de la estructura, tienen la posibilidad de desempeñar sus papeles en relación con sus interpretaciones del contexto en el que se mueven, especialmente con respecto a las expectativas sobre la acción de los otros protagonistas del sistema social al que pertenecen.

Sobre el territorio

Según los hallazgos tras un primer análisis de las entrevistas, sobre todo en las realizadas en Apartadó, se hace necesario tomar y reconceptualizar un poco el término *territorio*, pues inicialmente e implícitamente la investigación asumió el territorio como las regiones geográficas y políticas, entendiendo, por ejemplo, Apartadó como el casco urbano y las veredas que componen el municipio. Así mismo viendo a Sumapaz como una localidad de Bogotá con características diferenciales, pero simplemente como una parte más de Bogotá, sin embargo, las menciones que hacen los usuarios de territorio tienen que ver con características más de acontecimientos históricos, significaciones y lo que produce en ellos el territorio.

Al analizar esta realidad se puede ver cómo se articula y resulta muy difícil desligarlo del concepto de comunidad planteado por Socarrás (como se cita en Causse, 2009) quien dice que la comunidad es “[...] algo que va más allá de una localización geográfica, es un conglomerado humano con un cierto sentido de pertenencia. Es, pues, historia común, intereses compartidos, realidad espiritual y física, costumbres, hábitos, normas, símbolos, códigos”.

Al observar esta definición, es evidente cómo se relacionan los elementos subjetivos que unen a las personas, en donde lo cultural se convierte en un aspecto importante que construye sentido de pertenencia, siendo este tal vez el factor más importante, puesto que permite la movilización, la cohesión y la cooperación entre los habitantes de una comunidad (Causse, 2009).

Sin embargo, resulta interesante cuestionar la idea planteada por Socarrás (como se cita en Causse, 2009) quien plantea que la existencia del sentimiento de pertenencia condiciona realmente la de la comunidad y es una condición importante para generar y sostener el desarrollo de ésta, ¿cuándo los usuarios de los servicios de rehabilitación solo actúan y se relacionan desde sus necesidades particulares de salud?, ¿cuándo sus discursos están atados únicamente a sus vivencias y por ende a su condición particular? De la misma forma ¿cuándo la permanencia de un profesional de rehabilitación está ligado solamente a la existencia de un contrato temporal de trabajo?

Lo anterior va en concordancia con lo planteado por Llanos (2010), donde parafraseando se puede decir que el territorio es un concepto transversal a varias disciplinas, lo que facilita el acercamiento y estudio de las nuevas realidades del mundo social en el contexto actual de la globalización, y que logra llamar la atención sobre la dimensión espacial de los procesos sociales que se estudian. También plantea que, al conocer las características propias de cada territorio como referente empírico, puede observarse que en el desarrollo de la vida social persisten los diversos tiempos presentes en las diversas sociedades: lineal o progresivo, circular o cíclico, y cada vez más, el tiempo simultaneo que penetra la organización de la vida social, económica y cultural en los territorios.

Llanos (2010) también plantea que las tecnologías actuales podrían generar la vivencia compartida por comunidades que no necesariamente compartan territorio físico, es decir, que la simultaneidad del tiempo le ha dado una mayor connotación a la relación espacial; el espacio también puede fragmentarse, su manifestación que adquiere la forma de territorio ya no requiere de la contigüidad característica de las regiones que forman parte de un estado nacional, sino que el territorio puede no tener la vecindad de las regiones.

Es necesario mencionar como se dijo con anterioridad que, para los entrevistados, usuarios de los procesos de rehabilitación, el territorio tiene dos significaciones: una, enmarcada en los procesos de violencia vividos hace algún tiempo y que marcaron la región de Apartadó por los procesos de las bananeras y los actores armados, pero también el territorio es visto como lo que produce en los cuerpos. Para explicar la frase

anterior, es necesario retomar algunos fragmentos de las respuestas dadas por uno de los usuarios, quien plantea que el territorio le causa dolor dado que la no accesibilidad no le permite movilizarse cómodamente, ni desplazarse a sus terapias lo que hace que los tornillos que tiene en su cuerpo se desacomoden y generen mucho dolor. Todo esto va de la mano con lo que plantea Goncalvez (como se cita en Llanos, 2010):

Al integrarse en sistemas de acciones, las relaciones sociales como parte del espacio penetran todo aquello en lo que interviene la acción de los seres humanos. Cuando la abstracción del espacio cobra vida en la figura del territorio, se perciben materializadas todas las relaciones que establecen los hombres y mujeres en la formación de las sociedades, por el territorio se van a desplazar las acciones de tipo político, social, económico, o cultural, pero estas relaciones reproducen también una condición de apropiación, de dominio, de explotación. En el territorio estarán presentes las relaciones de poder que se organizan en una época determinada “las practicas espaciales y temporales nunca son neutrales en las cuestiones sociales. Siempre expresan algún tipo de contenido de clase o social, y en la mayor parte de los casos constituyen el núcleo de intensas luchas sociales”.

Por mucho tiempo se comprendió la Rehabilitación como un método - técnica para compensar el desenvolvimiento de actividades rutinarias, propias de la vida cotidiana, de personas con discapacidad. Sin embargo, gracias a los movimientos de personas con discapacidad y sus familias, y a los nuevos desafíos de la sociedad, se han reconfigurado las comprensiones sobre la discapacidad como también las de la rehabilitación. Es así que, desde comienzos del siglo XX, se vienen ampliando las perspectivas, las necesidades y las posibilidades para garantizar el disfrute de la vida de personas con discapacidad, vinculado a niveles de autonomía, participación social, mejores condiciones de salud, ejercicios políticos para el reconocimiento de las comunidades y la lucha por hacer efectivos sus derechos.

Es así, que si bien hubo un momento de respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad a partir del trabajo intrahospitalario, situado en los cuerpos y en las situaciones que afectaban la salud, estas acciones permitieron identificar que otros actores y sectores deben también acompañar las prácticas en rehabilitación, no es pretensión de la investigación satanizar las acciones terapéuticas ancladas a los escenarios clínicos, pero si es de interés, poner en voz en alta, la necesidad de que sean diferentes actores y medios los que trabajen en pro de los procesos para la calidad de vida, la potenciación de capacidades y la participación social de las personas con discapacidad.

Según la Ley 1618 de 2013, la rehabilitación es el mejoramiento de la calidad de vida y la integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad. Esta declaración, ya permite poner en sintonía y responsabilizar a diferentes instancias en el tránsito por las acciones para la rehabilitación, es entonces fundamental reconocer que la rehabilitación es un camino, que busca direccionar acciones y estrategias para alcanzar mayores niveles de autonomía en las personas, reconociendo que esto es posible en la medida que existan entornos sociales, físicos y culturales que viabilicen las acciones y las posibilidades de participación social. Esta perspectiva introduce la integralidad como un aspecto para la rehabilitación, sin embargo, existen aún una brecha entre la declaración de la norma y las reales oportunidades en los territorios, territorios que se encuentran además a la periferia, con dificultades de acceso, con pobres canales de comunicación, con falta de oportunidades económicas para resolver la subsistencia. Es así que la discapacidad y la rehabilitación están en permanente tensión, pues no hay suficientes respuestas y recursos para todas las necesidades existentes. En retrospectiva, las situaciones de discapacidad en algunos casos pudieron ser prevenibles, en otros casos, si se hubiese abordado una situación en un momento determinado, los niveles de compromiso funcional sería menores y por ende serían mayores los ejercicios de participación social, si se hubiese contado con equipos profesionales en rehabilitación, las personas con discapacidad y sus familias hubiesen tenido apoyos que facilitarían el ingreso al trabajo, a la escuela, a los espacios deportivos, a la recreación.

Entonces la integralidad sigue siendo una utopía, que en algún momento puede guiar y animar las acciones, las políticas y a los profesionales, pero que demanda reales mecanismos para que la sociedad en general se sintonice con prácticas inclusivas, respetuosas y agenciadoras de derechos y de mejores condiciones para vivir.

Citando a Moreno, Balanta y Cols, (2016), la rehabilitación integral, es vista como proceso que busca dar respuesta a las necesidades vinculadas a las capacidades y funcionamientos de los sujetos y colectivos, articula políticas, programas, servicios e iniciativas tanto del Estado como del sector privado y la sociedad en su conjunto. Todo esto, desde una perspectiva de los derechos, en donde cobran relevancia la autonomía y la libertad de los sujetos, la acción intersectorial y la organización social.

De acuerdo con lo anterior, la rehabilitación con principios de integralidad, aborda situaciones biológicas – orgánicas, - anatómicas, condiciones sociales – culturales y aquellas más instrumentales, relacionadas con la realización de actividades de la vida cotidiana, que repercutan en las sensaciones y acciones de libertad. Para esto se requiere fundamentalmente de políticas e instancias jurídicas que garanticen la ciudadanía, la representación, la toma de decisiones y la realización de proyectos para la rehabilitación, también se requiere de instituciones y profesionales expertos y capacitados para este proceso. Adicionalmente, como parte de la integralidad, se requiere de una articulación y trabajo en red, con diferentes sectores sociales, como educación, trabajo, emprendimiento, recreación, cultura.

Lo anterior, implica superar la mirada parcializada de que la rehabilitación se sitúa solamente en el plano de la salud y que debe situarse desde miradas más integradoras, menos funcionalistas, que permita reconocer que las personas con discapacidad tienen derechos que se vinculan al desarrollo de la vida en plenitud, y que se materializan a través de la participación y el goce de la salud, la educación, el trabajo, la recreación y la cultura. Esto también significa que las sociedades y las comunidades deben seguir avanzando hacia la comprensión de su papel para la rehabilitación, en términos de transformar cultural y políticamente dinámicas de vida hacia la inclusión.

Sobre los profesionales

La categoría sobre los profesionales de rehabilitación se basa en responder al papel, que hacer, acciones y estrategias empleadas por los profesionales desde su disciplina para el abordaje de diferentes situaciones presentes en su comunidad, dichas acciones específicas generan impacto como lo confirman Roush y Kielhofner (Angarita, D. 2014) quienes muestran al profesional de la rehabilitación como un agente de cambio.

Dentro del trabajo interdisciplinario que requiere un equipo de rehabilitación, es trascendental mantener el respeto por el que hacer del otro, generando acciones que le correspondan según su formación académica siendo esto parte importante de la ética profesional que permite rescatar y poner al día el sentido y la razón de ser de las profesiones, permitiendo que el ejercicio profesional no se transforme en una práctica estrecha y limitada que se oriente al desempeño de sí mismo y se centre solo en asegurar las acciones y ejecuciones. (Ibarra, G. 2007).

Por otro lado, teniendo en cuenta que se requiere el acceso a los servicios para alcanzar una adecuada calidad de vida de las personas con discapacidad además de destinar recursos e incluirlos en programas, se debe permitir ante todo la autonomía, poniendo en práctica los siguientes derechos: vida autónoma, elección y autodeterminación, participación y responsabilidad, solidaridad antes que compasión. (Hernández, A 2004).

En este mismo sentido Hernández continúa explicando que la persona que enfrenta alguna discapacidad inicialmente no es consciente de sus potencialidades, está ante una situación difícil de aceptar y le cuesta trabajo y tiempo enfrentar su nueva realidad, por ello necesita el apoyo y la orientación de los demás. Adicionalmente conocer que es y que implica tener una discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en que vive. Por lo anterior toda persona con una discapacidad requiere incorporarse a la rehabilitación como componente esencial de la

atención integral, como lo afirma Derick Wade (Angarita, D. 2014) la “rehabilitación es la respuesta a la discapacidad”

La concepción de rehabilitación dentro de la salud pública hoy en día no es visualizada como la última fase de la atención en salud, encargada del manejo de deficiencias y discapacidades ya instaladas, sino que está sustentada en la prevención vista como una acción en salud para evitar la discapacidad que altera la calidad de vida acorde con su desempeño individual o colectivo como lo afirma la organización panamericana de la salud.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS), también se pronuncia, afirmando que la atención primaria de salud según planteamientos es la asistencia sanitaria esencial es accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país, lo cual coincide con los planteamientos realizados por la profesional en rehabilitación, aplicándolo en su qué hacer para lograr efectividad.

Sobre la ruralidad

En relación a las acciones en rehabilitación llevadas a cabo en la ruralidad, se refieren diferentes concepciones y dinámicas, entre ellas, estar ubicado en una zona rural, significa “estar en la periferia”, reconocer que los “bienes y servicios requeridos para la vida, se encuentran centralizados”, que quienes están fuera de la centralidad, tienen menos oportunidades de participación y de goce efectivo de sus derechos para la salud y por ende para la rehabilitación.

Existen dificultades para la atención en rehabilitación, en cuanto hay carencias para la caracterización de los territorios y sus habitantes, con información escasa en relación al número real de personas que presentan algún tipo de discapacidad, así como del no reconocimiento de las condiciones en las que viven, no se conoce con certeza qué tipo de discapacidades presentan las personas, cuáles son las mayores dificultades y cuáles las formas de resolver el día a día. Se identifican bajos niveles de cobertura a los servicios en salud y rehabilitación y dificultades de acceso y oportunidad a dichos servicios.

En cuanto al reconocimiento del territorio, Forero (2017) menciona que existe una correspondencia entre las condiciones sociales y ecológicas (de relación) y la vida de las personas, en el que las zonas rurales, tal como la describen sus habitantes, presentan dificultades dadas por las condiciones físicas y geográficas en las que se encuentran: escasas de vías y medios de transporte, problemas para el desplazamiento, dificultad para la accesibilidad a centros de salud y medicamentos, precariedad de instituciones y de talento humano en salud y rehabilitación, baja atención y vigilancia al desempeño de actividades y oficios que demandan largas jornadas de trabajo que además son mal remunerados y tienen limitadas condiciones para la seguridad y la salud de los trabajadores, lo que ha llevado incluso a la generación de situaciones de discapacidad. Considerar los procesos de rehabilitación en la ruralidad, significa principalmente dos retos, el primero, reconocer las particularidades de los territorios y trasladar acciones y equipos a los mismos, con el fin de que sus habitantes gocen de experiencias terapéuticas institucionales y comunitarias, que favorezcan su participación social y su funcionalidad. Desde allí, se propone también la implementación de unidades móviles para la atención en rehabilitación, medios alternativos como la virtualidad o el acceso en línea a expertos que puedan dar respuesta u orientación a demandas en rehabilitación. El segundo reto, que además pone en tensión la importancia de contar con equipos de profesionales que tengan el conocimiento y abordaje de la discapacidad, es el de capacitar a diferentes personas y diferentes profesionales (por ejemplo, auxiliares de enfermería), que se encuentran en los centros de salud y los territorios, frente a la atención de sus habitantes en procesos de rehabilitación. Esta posibilidad, cuestiona la importancia que se le está atribuyendo a los procesos de rehabilitación y el papel de profesionales formados para abordar las necesidades de las personas con discapacidad. Si bien, puede convertirse en una posibilidad, también vale la pena seguir ampliando la discusión, sobre el impacto de contar con equipos profesionales en rehabilitación. Por otro lado, el capitalizar recursos en las comunidades para comprender y alentar acciones para la inclusión y la orientación en el manejo de la discapacidad, está siendo dada a través de la estrategia RBC, no obstante, los profesionales encargados no alcanzan a abordar todas las necesidades de los territorios y las zonas rurales, por la misma dificultad

de acceso, situación que lleva a que las zonas rurales terminen siendo relegadas en el acompañamiento.

Por lo que se hace necesario pensar, cómo superar la prescripción médica, en escenarios rurales, para que sus habitantes cuenten con oportunidades terapéuticas, apoyo para la rehabilitación, y acciones intersectoriales que dinamicen su vida personal y social en contexto y con oportunidad. En este mismo sentido es fundamental siguiendo a Roper (2016), visionar por parte de los mismos habitantes, Estado e instituciones, que la sostenibilidad de los territorios rurales, requiere de presupuesto, de presencia institucional, de equipos y enfoques de participación, de desarrollo y de calidad de vida situados en las dinámicas sociales en las que se viven, pero que además aporten al crecimiento de sus pobladores y del territorio.

Sobre los Actores y la intersectorialidad

La literatura evidencia que los actores asociados a los procesos de rehabilitación se encuentran en sintonía con lo que es referenciado por las narrativas de los participantes. La rehabilitación basada en comunidad especifica que los actores participantes son las personas con discapacidad, su familia y cuidadores, la comunidad local, la sociedad civil, las organizaciones de personas con discapacidad, administradores territoriales, líderes comunitarios, academia (Ministerio de salud, 2014), quienes se sitúan como actores principales y aliados estratégicos en los 5 componentes referidos en la RBC: Salud, Educación, subsistencia, componente social, y fortalecimiento. En particular, se anota que los lineamientos de la rehabilitación basada en comunidad otorgan características claves a las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores, entre las cuales se resaltan la capacidad de liderazgo y gestión, lo que dialoga con los hallazgos que para estos actores (en lo que a estas características se refiere). En este mismo sentido, es clave reconocer que en los hallazgos se evidencia que parte de las funciones del personal que ejecuta los servicios de rehabilitación de base comunitaria se encuentra el fortalecimiento del personal y la educación a los usuarios, lo que dentro de la RBC se considera parte de la premisa fundamental de autogestión en el que se incluye la

formación para asumir la acción participativa y dentro del MIAS se incluyen en las acciones de formación del recurso humano(Ministerio de salud, 2015)

Por otra parte, se resalta que dentro de los hallazgos no se visibilizó el rol de la academia en el desarrollo de las estrategias de rehabilitación de base comunitaria, lo que sí es claro en la RBC. Además, la academia también ha sido visibilizada por Moreno, Balanta, Mogollón, Molina, Hernández, & Rojas-Castillo (2016), quienes reconocen su papel en el proceso de rehabilitación integral, junto con otros actores responsables de formular e implementar políticas públicas, profesionales, representantes de organizaciones sociales, gestores de servicios, gestores y profesionales de servicios de educación inclusiva, personas con discapacidad y cuidadores. (Moreno et al., 2016).

Para situar los hallazgos, los actores para los escenarios de rehabilitación comunitaria emergen en 4 figuras diferentes pero complementarias: 1. Actores orientadores. 2. Actores ejecutores. 3. Actores contextuales. 4. Actores usuarios.

Actores orientadores: dentro de este grupo se encuentran los actores que orientan el desarrollo de los procesos de rehabilitación y la línea técnica que estos siguen, donde se articula la normatividad, la administración, el control y el presupuesto, que en su conjunto conforman un macro articulador de los servicios que se prestan. El principio orientador de este modelo es la APS, tal como lo expone la política de atención integral en salud, que la ubica como una de las 4 estrategias claves para su funcionamiento (con enfoque familiar y comunitario), junto con el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Actores ejecutores: El servicio de rehabilitación de base comunitaria es ejecutado por las ips, por tanto, debe obedecer al funcionamiento regular de estas instituciones. Además, se entiende que este servicio tiene dos partes, la primera que se ejecuta en articulación directa con los planes de intervenciones colectivas y a la cual corresponden las acciones de rehabilitación (entendida desde el componente de trabajo físico o de capacidades), y la segunda, que es liderada por instituciones que trabajan con la población desde un contexto más amplio, como las secretarías de integración social. Hay un avance

importante frente a esto y es el establecimiento de redes, lo que demuestra que los servicios comunitarios de rehabilitación no son responsabilidad exclusiva de salud, sino que deben abarcar otras articulaciones para su desarrollo, bajo el supuesto en el cual se entrega la responsabilidad de la rehabilitación basada en comunidad a entidades distintas a las de salud.

Actores contextuales: Se resaltan todos los actores involucrados en el mantenimiento de la salud y los elementos relacionados con ella, según se expone en la CIF: seguridad social, sistema laboral, educación, economía, política social, ambiente, etc., (OMS, 2001). Siendo de especial relevancia lo relacionado con el sector productivo y con educación. Para este último elemento se resalta que la participación de los actores educativos implica un desarrollo particular de acuerdo con cada actor para que el proceso de articulación funcione, aunque no hay una enunciación clara del papel un actor que forma parte del escenario recreativos, el cual es considerado en los modelos de rehabilitación integral que expone Valero (2018), cuando sitúa la rehabilitación integral en el marco de las necesidades axiológicas del ser humano.

En cuanto al reconocimiento de los actores urbanos y los actores rurales, se evidencia que no hay una correspondencia en el análisis que se hace en cada uno de los escenarios, pues los modelos de prestación de servicios no logran aterrizar sus estrategias al contexto rural, lo que incluye las redes, que no se han pensado para el territorio rural, lo que es correspondiente con el análisis de la situación de la salud rural en Colombia (Ministerio de Salud, 2018), que declara que existen brechas importantes para el acceso a la salud en zonas rurales y urbanas, y entre zonas rurales con mayor grado de dispersión de la población, algunas de las cuales emergen por las condiciones socioeconómicas y por los accesos al sistema de salud.

En este contexto se propone un análisis de los actores que se encuentran en el territorio rural para poder definir las redes y también para poder situar ahí los actores que no están presentes pero que son importantes.

En este punto particular el diseño de redes de acuerdo a los actores de cada contexto es fundamental, y es una situación que encuentra asidero dentro del modelo integral de atención en salud MIAS, por tanto, la articulación intersectorial existe y ha diseñado

procesos para mejorar la participación social de las personas que se encuentran vinculadas con un enfoque específica.

Actores usuarios: Es interesante resaltar que en este proceso de articulación intersectorial los actores institucionales deben tener en cuenta no solo a la persona con discapacidad y/o usuario de sus servicios, sino también a sus familias y o contextos, tal como ha sido reconocido en la estrategia de RBC, en Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021, la convención internacional por los derechos de las personas con discapacidad, entre otros. La participación de estos actores se convierte en un elemento sinencuanon para la rehabilitación, por tanto, los elementos que condicionen esa participación, tales como barreras de acceso, dificultades económicas y dificultades de movilidad (Moreno et al, 2016), son objeto de intervención y transformación. En este sentido, es claro que el desarrollo de la estrategia de RBC es un insumo para el desarrollo de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria.

La familia como actor de este proceso juega un papel trascendente en la ejecución del servicio, pues implica no solo la ampliación de la estrategia a nivel externo, es decir, hacia el contexto, sino también a nivel interno, lo que significa un proceso de formación del talento y recurso humano para comprender la rehabilitación como un proceso contextual y para identificar la incidencia de su papel en la transformación de esos contextos.

Dentro de las dificultades que se enuncian para el desarrollo eficiente de los procesos de articulación para los servicios de rehabilitación comunitaria se resalta la existencia de múltiples espacios de trabajo conformados por los mismos actores. La dificultad se enuncia dada la falta de liderazgos diferenciados que permitan el aprovechamiento eficiente de estos espacios normativos, no en sí en que estos espacios se conformen por los mismos actores.

Por otro lado, se identifica que la continuidad en el desarrollo de los procesos no permite su ejecución efectiva, especialmente en la vida de las personas. La trazabilidad de los proyectos se vuelve clave para su eficiencia, así como la existencia de los actores en cada territorio y la cohesión de las redes existentes en los territorios.

Otra de las dificultades evidenciadas para el desarrollo de los servicios de rehabilitación comunitaria es la articulación entre los actores de la salud, que debe ser transversal. Esta dificultad se enuncia gracias a la experiencia desarrollada en Apartadó, dado que este proceso no ha sido desarrollado en otros lugares del territorio nacional. La utilidad de esta referencia radica en la implementación paulatina y progresiva de los servicios.

Sobre los Planes de beneficios y servicios de rehabilitación

Los elementos presentes en los discursos de los participantes sitúan los servicios de rehabilitación de base comunitaria como el producto de la articulación entre estrategias enfocadas a la atención de los actores beneficiarios de la rehabilitación, por una parte, y el aprovechamiento de la aplicación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, por otra. Es, por tanto, la rehabilitación basada en comunidad una parte de la estrategia global a trabajar y debe, en consecuencia, trabajarse de forma aliada con los nuevos procesos que devengan de la rehabilitación de base comunitaria, siendo la primera la responsable en mayor medida de los elementos relacionados con la salud (en los términos que expone la CIF, 2001 y que fueron referidos anteriormente) y el componente de rehabilitación por parte de las ips o instituciones prestadoras de los servicios de salud.

En este sentido, se entiende que un servicio que articule los dos elementos debe contar con servicios contextuales, como parte de su oferta, y elementos particularizados, según el usuario/beneficiario y sus familias.

Servicios contextuales: Reconocen el entorno y lo transforman. Se resalta el entorno familiar, educativo, comunitario, institucional y laboral. Para el proceso, los servicios contextuales orientan la transformación de los entornos a través de la institucionalidad, con el diseño y la creación de redes interinstitucionales con poder de incidencia, que evalúen las condiciones del territorio y la población, (Morales, 2011), pero también a través del fortalecimiento de ejercicios de empoderamiento social, consecuencia directa de un servicio de rehabilitación que desarrolle acciones educativas a sus usuarios, en articulación con la estrategia de RBC.

En cuanto a los servicios, un referente clave es el modelo de atención integral de la salud familiar y comunitaria en Chile (Ministerios de salud Chile, s.f.). Este modelo, que servirá como punto de discusión frente a los hallazgos obtenidos a partir de la narrativa de los participantes enuncia que entre las funciones que realizan los equipos se encuentran: *Realizar diagnóstico de situación de salud de su población considerando la participación de la comunidad, diseñar, implementar, monitorizar y evaluar el plan anual de actividades de su sector, identificar las brechas en las competencias necesarias para el trabajo con familias, gestionar la capacitación continua del equipo y monitorizar su implementación. evaluar el riesgo/protección de las familias a cargo y realizar intervenciones familiares, mantener un vínculo activo con la comunidad, y trabajar en forma coordinada con otros equipos del centro de salud y de la red* (Ministerio de salud Chile, s.f.)

Bajo este marco, el primer punto tiene correspondencia con lo expuesto por los sujetos: reconocer que el servicio contextual debe iniciar con un diagnóstico de las condiciones territoriales, que permitan definir actores, oferta de servicios, redes, etc., antes de definir las acciones que se deben orientar desde el servicio. Para Chile, esta función se desarrolla alrededor de la participación en la comunidad, lo que también es consonante, en lo que en esta investigación se ha llamado rehabilitación con propósito. Por su puesto, esto implica revisar las necesidades y perspectivas de los usuarios, por lo cual los profesionales de los servicios deben tener un profundo conocimiento de las redes y las posibilidades territoriales (elementos especialmente importantes cuando se articula lo rural y lo urbano, dadas las referencias del plan de salud rural (2018) que indican la tendencia a desconocer el funcionamiento territorial rural y, por el contrario, -urbanizar la salud rural-). Aunque si se va a dar continuidad a la aplicación de modelos urbanos para poblaciones rurales es necesario la priorización y flexibilidad de los servicios para las personas que viven en zona rural (Vega, acosta, Mosquera y Restrepo, 2008) La ruta de la salud se presenta como una herramienta importante para mantener el acceso al servicio de salud y al mismo tiempo, para retornar al lugar de origen (traslado a la sesión, traslado al lugar de vivienda), en un solo día (Vega et al, 2008). Los usuarios proponen que este mismo servicio, que articula la accesibilidad y la oportunidad, sea transversal a todos los servicios en salud.

Dentro de estos escenarios, analizar las condiciones territoriales limitadas en cuanto a

recursos es necesario pues esto también condicionan el funcionamiento de los servicios. Al respecto, se visibiliza que en escenario en los cuales el acceso a la tecnología es limitado, así como el acceso a la información, las propuestas de los usuarios para el desarrollo de procesos de rehabilitación comunitaria giran alrededor de estrategias presenciales no apoyadas en tecnologías como el internet, como la difusión presencial y educativa, la estructura de redes, el establecimiento de liderazgos, articulación con el hospital, etc. Al respecto, el modelo de rehabilitación de base comunitaria desarrollado por Chile reconoce que la tecnología está íntimamente relacionada con la calidad de los servicios (así como los equipos, los conocimientos y las habilidades), sin dejar de lado la actitud de los funcionarios (Ministerio de salud Chile, s.f.). Es de anotar que la actitud de los quienes desarrollan rehabilitación no aparece en las voces de los participantes.

Elementos particularizados pensados en los usuarios: abarca la intervención directa a través de acciones terapéuticas de baja complejidad para el usuario y su familia, y también servicios de formación. Para el desarrollo de las acciones terapéuticas, reconocidas como interdependientes, se resalta que es clave el proceso de formación del profesional, quien no solo debe atender las necesidades terapéuticas, sino que debe tener un papel de educador y comunicador con el sujeto y la familia, sin desconocer el empoderamiento que las personas con discapacidad tienen de sus propios procesos de rehabilitación.

El proceso terapéutico debe estar enfocado en las actividades básicas cotidianas. La rehabilitación se va a centrar por tanto en la evaluación y desarrollo de estas capacidades básicas, y los servicios deben estructurarse para darle alcance a este proceso siguiendo el principio de corresponsabilidad.

Emerge el mantenimiento de las capacidades como parte de las acciones terapéuticas desarrolladas por el rehabilitador.

Formación de talento humano: Se reconoce que el liderazgo es clave para el funcionamiento de los servicios porque permite la articulación entre la entidad y la comunidad a través de la canalización, entendida como la relación entre el profesional de

la salud que oriente el proceso y los líderes comunitarios, lo que implica que parte del servicio debe ser la capacitación a los líderes. Dentro de la política de atención integral en salud este apartado encuentra eco a través del fortalecimiento de las rutas integrales de atención en salud, que *se comprenden como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos estrategias y servicios, que se materializan en acciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.* (PAIS, 2016).

El enfoque del modelo de rehabilitación comunitaria parece estar ligado con mayor fuerza al proceso de participación que a la recuperación o rehabilitación de las características de funcionalidad del sujeto -si bien esta no se desconoce y por el contrario, se resalta por su importancia vital-, el proceso de rehabilitación se constituye en un ejercicio de rehabilitación con propósito, que reconozca al individuo en sus capacidades, las potencia, desarrolle o mantenga, y de forma paralela, procesos sociales que faciliten el desarrollo de los proyectos de vida o el funcionamiento.

La funcionalidad es el resultado de llevar buenos procesos de rehabilitación de forma articulada con procesos de educación de las familias y en general, procesos sociales, lo que se traduce en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud a través de la modificación de las conductas de riesgo (Salazar, López y Cabrera, 2018) y de participación.

La eficacia de los servicios de rehabilitación, que abarca la atención terapéutica de las actividades de la vida diaria y básicas cotidianas, apuesta por la integralidad en la atención, lo que implica la necesidad de atención terapéutica multidisciplinar. Esto quiere decir que los servicios de rehabilitación comunitaria implican una evaluación integral por todos los profesionales involucrados en la rehabilitación.

Grupos priorizados: se resalta que los planes de beneficios de los servicios de rehabilitación de base comunitaria deben llegar con prioridad a un grupo especial de personas que han sido priorizados y sobre el cual deben ofrecer servicios que incluyan estrategias de prevención primaria, secundaria y en los casos correspondientes, atención terciaria con el fin de aplazar la discapacidad. La experiencia chilena también se sitúa en

estos mismos términos. Explica que la financiación de los servicios de base comunitaria se da dependiendo de la población inscrita a cada comuna, la cual dependerá de criterios epidemiológicos, de ruralidad, nivel socioeconómico, y accesibilidad a los servicios de salud (Ministerio de salud Chile, s.f.). Para esta investigación no se profundizó el tema de financiación de los servicios, aunque hay referencias claras sobre las dificultades que frente a este tema presentan quienes prestan los servicios, siendo una de las manifestaciones más frecuentes las que hace referencia a los CUPS –Clasificación única de procedimientos en salud- (Ministerios de salud, 2017), como insuficientes para clasificar los procesos de articulación intersectorial que son claves para el buen funcionamiento del servicio.

Conclusiones

Implementar servicios de rehabilitación de base comunitaria implica reconocer que dentro del sistema existen elementos que la posibilitan (como la RBC y la creación y el mantenimiento de redes propuesto por la política de atención integral en salud), y que estas posibilidades pueden configurarse en insumo para su aplicación, especialmente la rehabilitación basada en comunidad, que ha sido referida como una parte fundamental (pero diferencial) de la estrategia. La viabilidad de la aplicación de este tipo de servicios puede tomar el insumo que da la RBC, a través del análisis de los territorios donde esta estrategia ha sido más exitosa, para transitar hacia los servicios comunitarios de rehabilitación. La articulación con los actores sociales que ha adelantado la RBC sientan las bases para que las formaciones de redes desde los servicios de salud se desarrollen en un proceso de transito más eficiente.

Se comprende que la rehabilitación de base comunitaria es una rehabilitación con propósito. Se condiciona desde la prestación del servicio de salud, en términos del fortalecimiento de las capacidades y la resolución de las deficiencias y limitaciones en estructuras y funciones, con una orientación clara hacia el proyecto de vida de quienes reciben el servicio. Esta situación implica que los servicios de rehabilitación deben, como parte de su quehacer, incluir actividades extramurales para situar sus procesos con la finalidad que el usuario ha designado. En términos generales, la rehabilitación de base comunitaria se considera como una rehabilitación de baja complejidad, pero orientada al desarrollo de las actividades de la vida diaria y básicas cotidianas de los usuarios. Además, cumple funciones de mantenimiento de las capacidades de los individuos (orientado hacia el aplazamiento de la discapacidad), para las personas cuyas condiciones estructurales y funcionales requieran de un apoyo permanente de los servicios de salud, por lo que se puede reconocer que estos servicios pueden diseñarse para trabajar con la población crónica, de mantenimiento y de control, situado, según la experiencia chilena, en comunas con características especiales de acceso a servicios de salud y condiciones socioeconómicas de vulnerabilidad.

Al ser un servicio orientado a la “Rehabilitación con propósito”, con una orientación hacia procesos de trabajo en red y de articulación entre los diferentes actores del contexto, es susceptible de ser desarrollado por actores que no se encuentren dentro de las profesiones de la salud (como educación, según las necesidades de la población), lo que dialoga con la experiencia inicial evidenciada en Apartadó, donde han diseñado un modelo aplicable no precisamente por profesionales de la salud. Esta situación es compleja, en tanto abre la posibilidad a los servicios comunitarios de desligarse del sector salud, lo que sería problemático dado el reconocimiento de la discapacidad y el funcionamiento como situaciones que articulan las capacidades de los individuos con las condiciones del contexto.

Uno de los elementos clave para el desarrollo de procesos adecuados de rehabilitación de base comunitaria son los profesionales, sobre los cuales se evidencian dos elementos que son centrales: el primero, asociado a la formación del talento humano que reconozca el funcionamiento de las redes contextuales de los procesos de rehabilitación, y el segundo, el proceso en el que son los profesionales de la salud quienes forman a los

usuarios, la familia, la comunidad y el contexto diana. Los dos elementos deben contemplarse dentro del proceso de rehabilitación de base comunitaria.

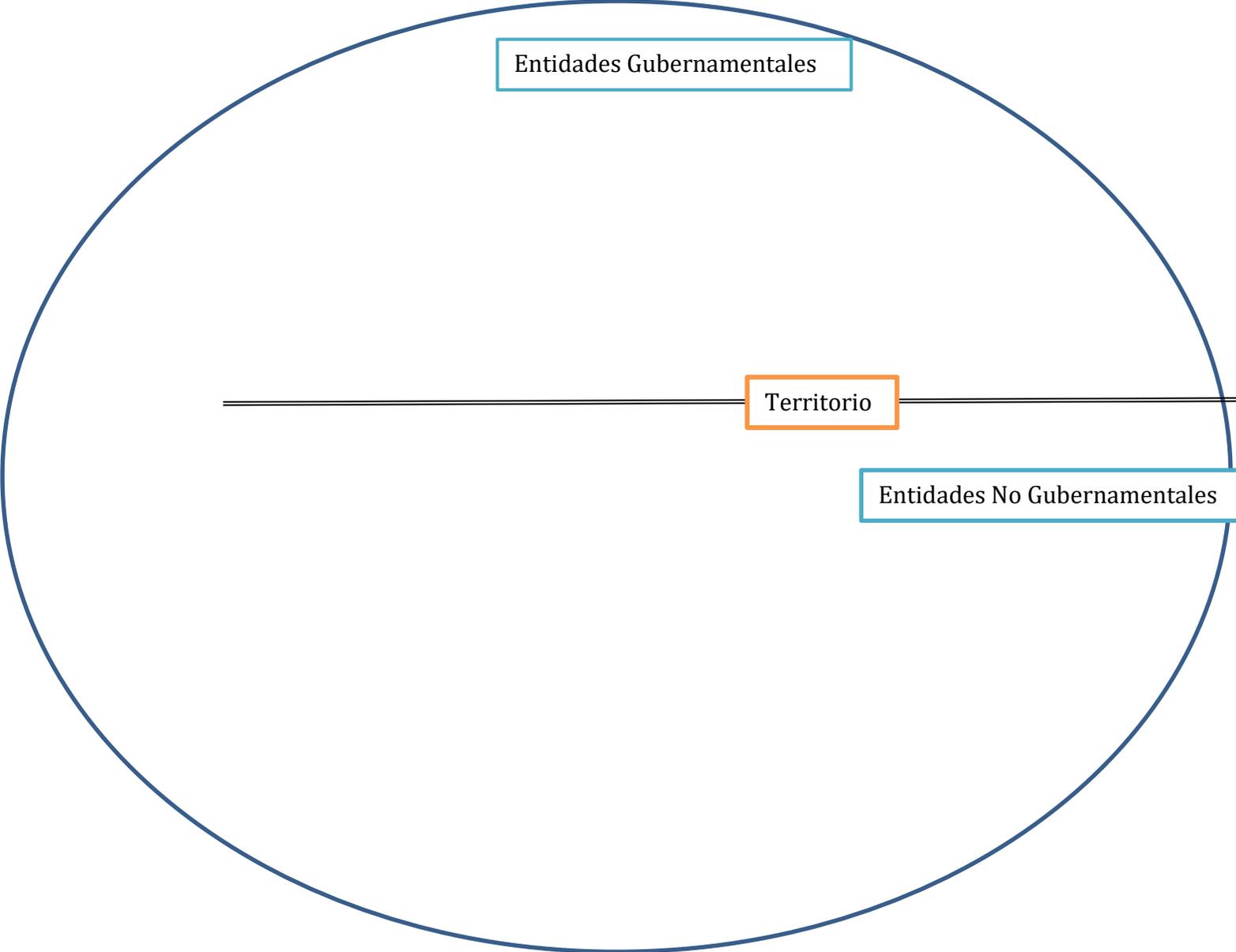
El papel de los profesionales de rehabilitación en el nivel primario de atención no está claramente definido. Las experiencias recogidas sitúan únicamente sus funciones en los procesos que han denominado rehabilitación de baja complejidad, aunque en las narrativas no se identifican las características de este tipo de rehabilitación.

El papel de la academia es poco visible dentro de la aplicación de los servicios de rehabilitación comunitaria. Los actores, desde los usuarios hasta quienes desarrollan labores de coordinación o dirección, no posicionan su relación con la academia. Esta situación puede encontrar razón en las dificultades que la academia tienen para el acceso a los territorios donde se desarrollen los servicios de rehabilitación, o la poca proyección de este sector en esos contextos. En cualquier caso, es clave articular este actor con el servicio, pues su importancia ha sido reconocida en las estrategias de RBC y también de rehabilitación integral.

Esta investigación abre escenarios emergentes de investigación que requieren profundidad, como el papel de los profesionales en rehabilitación para zonas rurales y trabajo en comunidad, papel de la rehabilitación en escenarios de violencia o movilización social en procesos de rehabilitación. La rehabilitación en estos contextos, especialmente en la ruralidad, presenta grandes dificultades frente al acceso y la calidad de los servicios.

Anexos

Anexo 2. Mapeo de actores gubernamentales y no gubernamentales



Mapeo de actores gubernamentales y no gubernamentales

Nombre del Territorio:

Anexo 3. Mapeo actores comunitarios de base

Actores Nacionales Gubernamentales	Acciones que realizan alrededor de la salud y la rehabilitación	Esquema de operativo, representantes, funciones	Red intersectorial, lazos y alianzas con otras entidades y sectores, entidades y sectores
Actores Locales Gubernamentales			
Actores Nacionales o internacionales no gubernamentales			
Actores Locales no gubernamentales			

Anexo 4. Mapeo de los servicios de salud y Rehabilitación

Nombre de la entidad prestadora de salud y/o rehabilitación	Unidades profesionales y de rehabilitación	Necesidades y demanda en el servicio de rehabilitación	Intervención Sanitaria	Intervención no Sanitaria	Principales motivos de consulta para los servicios de rehabilitación

Anexo 5. Guía para grupo focal

Fecha: _____
 Hora de inicio: _____
 Hora de finalización: _____
 Lugar: _____

Nombres y características generales:

Nombre	Edad	Rol dentro de la comunidad	Relación con la discapacidad

Preguntas orientadoras para la discusión en el grupo focal

1. ¿Qué entidades y servicios de salud conoce del territorio?
2. ¿Cuáles son las necesidades y demandas que se tienen frente a la atención en salud y rehabilitación en su territorio?
3. ¿Cómo se suplen las necesidades actuales y cuáles son las barreras que encuentran, en relación a los servicios y la atención en salud y la rehabilitación?
4. ¿Cuál sería la propuesta ideal, en relación a la atención en salud y rehabilitación de personas con discapacidad, en su territorio?

Dinámicas del grupo:

- **Participación.** (Disposición para la actividad, nivel de interés, comentan con espontaneidad)
- **Reacciones del grupo.** (Lo que hacer reír a las participantes, lo que evoca silencios, con lo que más se conectan, con lo que menos se involucran, lo que más le afecta)

- **Expresiones** (Comentarios más frecuentes, palabras y formas de expresión verbal y no verbal más recurrentes durante el encuentro, vocabularios propios...)

- **Observaciones Generales** (Registro de aspectos emergentes que no hayan sido contemplados en las categorías anteriormente expuestas o que valgan la pena ampliar).

Anexo 6. Entrevista semiestructurada

Nombre:

Entidad:

Cargo:

Tiempo de vinculación con la entidad:

Fecha:

Territorio:

Preguntas Orientadoras

1. ¿Qué percepción tienen de los servicios de salud y rehabilitación, en términos de oportunidad, eficiencia e impacto en la vida de las personas?
2. En su territorio ¿Existen sistemas de apoyo para la rehabilitación y la inclusión, ¿cuáles y para qué?
3. ¿Qué posibilidades desde la APS, movilizan la capacidad resolutive en términos de la gestión para los procesos de rehabilitación?
4. ¿Cómo las acciones terapéuticas centradas en la persona, pueden generar transformaciones sociales?
5. ¿Cuál es el alcance que tienen los profesionales en rehabilitación, en términos de la incidencia de la vida cotidiana de las personas con discapacidad, en el ámbito familiar y comunitario?
6. La apuesta por la consolidación de redes intersectoriales ¿permite acciones resolutive para la discapacidad en los territorios?
7. ¿Cree que es viable, necesario y oportuno llevar la rehabilitación a los servicios de APS, por qué y cómo se haría?
8. ¿Cómo superar la instalación de los servicios de rehabilitación, desde la instancia de las órdenes médicas?
9. ¿Existe una comprensión de la relación entre la terapéutica y los determinantes sociales de la salud, desde la interdisciplinariedad?
10. Los planes de desarrollo territorial, proponen dinamizar algunos servicios y procesos de atención en salud y rehabilitación en el casco urbano principalmente, ¿Cómo garantizar la no segregación y el derecho a la salud a las personas de las zonas rurales?

Anexo 7 Matriz de codificación abierta

MATRIZ DE CODIFICACIÓN ABIERTA	
<p>ENTREVISTADA: Buenas tardes, mi nombre es (...) y pertenezco al grupo técnico de discapacidad de la Secretaría Distrital de Salud. Llevo aproximadamente 13 años trabajando con el tema específico de discapacidad y pues mucho tiempo desde la vida laboral vinculada a todos los procesos de rehabilitación (1). Es muy importante que se reconozca que todo lo que tiene que ver con la Atención Primaria en Salud (2), en primer lugar, desde los lineamientos y perspectivas del plan territorial de Bogotá, está puesto como uno de sus enfoques de base, más no como un proceso de implementación específica alrededor de los servicios (3). La APS que es uno de los conceptos fundamentales y preceptos de trabajo que se tiene desde el plan territorial (4), se constituye en una línea conductora dentro del reconocimiento de las necesidades de la población (5), dentro del acercamiento que tiene la salud a esa misma población y efectivamente a poder redistribuir de alguna manera, que a través de la participación ciudadana y de los elementos que constituyen los modelos de salud se dé realmente una respuesta de carácter resolutivo (6). Pregunta 1. ¿Qué percepción tiene de los servicios de salud y rehabilitación en términos de oportunidad, eficiencia e impacto en la vida de las personas? (7). Hemos considerado desde la Secretaría Distrital de Salud y de manera general en la experiencia que he llevado como talento humano rehabilitador (8), que la rehabilitación y la salud, en términos de oportunidad, eficiencia e impacto, está muy relacionada también con el funcionamiento mismo del sistema de salud en Colombia (9); una de las cosas que más ha dificultado precisamente que tenga impacto en la vida de las personas es que se ve con procesos y principios básicos de continuidad oportunidad pertinencia e integralidad (10). Es allí donde recogiendo también esos principios de la APS uno ve que las dificultades en el marco, el funcionamiento del sistema los procesos administrativos capacidad e idoneidad misma del talento humano prestador de servicios, puede impactar favorable o desfavorablemente la vida de las personas según se desarrolle (11), es más que comprensible que la rehabilitación y la salud como conceptos van unidas desde algunos niveles de atención, pero, principalmente la rehabilitación para nosotros y para mí de manera personal no es un servicio en sí mismo, es un proceso que tiene un conjunto de procedimientos, de técnicas que puede estar relacionado en algún momento de la vida para poder mejorar las condiciones de salud, la funcionalidad y evitar niveles de dependencia que van a afectar directamente a las personas en todo lo que tiene que ver su proyecto de vida y su desarrollo mismo (12). Pregunta 2. ¿En su territorio existen servicios de rehabilitación, cuáles y dónde se encuentran? Bueno, Bogotá Distrito Capital, digamos que con los datos que arroja el registro único de prestadores, puede superar los 2000 servicios de rehabilitación en sus distintas modalidades; (13) cuando nosotros hemos comprendido perfectamente que la rehabilitación está puesta principalmente por los servicios de terapia física y rehabilitación, terapia ocupacional, terapia respiratoria, que ha sido incluida, inclusive el Distrito considera que las salas forman parte de los procesos de intervención terapéutica transitoria, (14) esta también toda la parte de fonoaudiología o terapia de lenguaje y esto hace que en ese conjunto nosotros podamos estar sumando como digo más de 2000 servicios en Bogotá entre lo público y lo privado, con mayor porcentaje dentro del servicio privado, es decir, el régimen contributivo en sus prestadores recoge el mayor número de servicios. (15) ¿Cómo se encuentran? Se encuentran en mayor concentración en la zona norte de la ciudad con una mediana concentración en la zona central y muy poca concentración en el nivel de las localidades del sur y suroccidente de la ciudad, (16) cosa que en cierta medida, digamos, afecta también el acceso y la oportunidad de las personas que en estos niveles del territorio deben trasladarse para poder recibir sus servicios de rehabilitación muchas veces a zonas geográficamente distantes a su domicilio. (17) Pregunta 3. ¿Qué posibilidades hay en su territorio para que desde la APS se aumente la capacidad resolutiva de los procesos de rehabilitación con base comunitaria? Bueno, la Secretaría Distrital de Salud ya lleva implementando desde hace más de 15 años, acciones de rehabilitación con base comunitaria, de hecho Colombia es pionero de la Rehabilitación Basada en Comunidad, (18) pero también hay que comprender que la rehabilitación con base comunitaria no necesariamente es parte de la estrategia, en ese sentido digamos que la Atención Primaria en Salud y principalmente lo que hemos venido trabajando desde hace unos 6 años para acá, busca de manera concreta llegar a las personas con necesidades específicas y agilizar sus procesos de respuesta en las acciones básicas, (19) también de atención primaria en términos de una detección oportuna, desde acciones promocionales que lleve también al aplazamiento de la discapacidad y a disminuir los niveles de dependencia. (20) Efectivamente en relación a lo que significan los servicios de rehabilitación propiamente dichos como procesos comunitarios, la rehabilitación si bien puede ser entendida como un proceso que va encaminado a dar también acciones complementarias dentro del desarrollo humano y</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación personal y cargo 2. Importancia de la atención primaria en salud 3. Proceso de atención primaria en salud mal orientado. 4. Importancia de la APS 5. Función 6. Objeto de la APS 7. Cuestionamiento 8. Experiencia 9. Funcionamiento del sistema de salud 10. Dificultades de aplicación. 11. Impacto de los servicios de los APS. 12. Importancia de la salud para la entrevistada. 13. Cobertura de servicio en Bogotá 14. Importancia de la rehabilitación 15. conformación de todo el grupo interdisciplinar que presta servicios en Bogotá 16. Localización de los servicios en Bogotá 17. Dificultad que existe para usuarios del servicio. 18. Acciones de la Secretaría Distrital de Salud 19. el objetivo del proyecto hacia la comunidad, desde la APS. 20. Acciones de promoción y prevención 21. concepto de rehabilitación 22. Como se trabaja la rehabilitación basada en comunidad. 23. Objetivo específico hacia la población 24. Lo que abarca hablar sobre APS 25. concepto de acciones terapéuticas. 26. Importancia de la acción terapéutica 27. alcance de las acciones terapéuticas 28. Factores de los que dependen las

social, (21) lo que tiene que ver con base comunitaria pues puede estar asociado directamente al dónde, al cómo y a la necesidad misma que la población necesita para poder ejercer estas acciones de rehabilitación; (22) entonces, la capacidad resolutive está encaminada también a que podamos responder de manera inmediata y oportuna a las necesidades poblacionales desde el sistema; (23) no obstante, hablar de APS para la capacidad resolutive es como lo decía en la pregunta 1, es poder acercar un poco más la oportunidad de acceso a los servicios de la población dependiendo sus necesidades específicas en el territorio. (24).

Pregunta 4. ¿Cómo las acciones terapéuticas centradas en la persona pueden generar transformaciones sociales?

Está relacionado con lo anterior, las acciones terapéuticas son en sí mismas acciones relacionadas con el mejoramiento, con la protección, con el mantenimiento de capacidades y efectivamente en la medida en que las personas disminuyen sus niveles de dependencia, también son mucho más participativas en los niveles sociales. (25) En sí misma la acción terapéutica centrada la persona, no es incidente directa en la transformación social, es la capacidad de las personas logradas a través de esas acciones terapéuticas las que pueden llegar a constituirse como un conjunto de oportunidades para que las personas tengan mayor oportunidad también, valga la redundancia, de participación social dependiendo su capacidad funcional y su desarrollo (26).

Pregunta 5. ¿Cuál es el alcance que las acciones terapéuticas de rehabilitación en términos de la incidencia de la vida cotidiana de las personas con discapacidad en el ámbito familiar y comunitario?

Bueno, esta es una pregunta un poco confusa porque si estamos hablando del alcance de las acciones terapéuticas, el alcance sería más del resultado de las acciones terapéuticas que puedan darse dentro de un proceso de rehabilitación, para que definitivamente incidan en la vida cotidiana en sus diferentes ámbitos de vida; (27) como lo decía en la pregunta anterior depende mucho de 1: la oportunidad, la organización, la estructura en sí misma que se tengan de los procesos de rehabilitación o de las acciones terapéuticas de rehabilitación, para que la persona supere de una u otra manera las barreras para alcanzar niveles de mayor Independencia y de mayor autonomía (28) La rehabilitación se convierte en sí misma en un momento de la vida en la que se logra una serie de competencias de mejor funcionamiento, (29) para que pueda desarrollarse en los ámbitos de vida cotidiana en ese sentido, pues obviamente tiene que haber incidencia en lo que significa la vida de las personas (30).

Pregunta 6. En el marco de la propuesta de redes de prestación de servicios, ¿Se pueden implementar servicios de rehabilitación de base comunitaria?

Como lo he venido reiterando, la Secretaría Distrital de Salud ha considerado que todas las acciones de base comunitaria que son emanadas de manera fundamental desde los principios básicos de la salud pública (31) desde las acciones del plan de salud pública y de las intervenciones colectivas, desde la acción específica de la gestión territorial de la misma gobernanza, son procesos integrados a las redes de salud, a las redes de prestación de servicios; (32) por eso, tanto las acciones basadas en comunidad para cualquiera de los aspectos que se trabajan desde el modelo de Atención Primaria en Salud, la misma Rehabilitación Basada en Comunidad y acciones de tipo específico de incidencia en los territorios forma parte de la red de prestación de servicios. (33).

Preguntas 7. ¿Cree que es viable necesario y oportuno llevar la rehabilitación a los servicios de APS. Por qué y cómo se haría?

Reitero lo anterior, considero que no pueden haber servicios de APS cuando la atención primaria en salud se está considerando como un enfoque transversal en el marco del desarrollo de un modelo de atención en salud (34) por consiguiente, estaríamos más bien hablando de rehabilitación como servicios y ellos inmersos dentro de la gama de modalidades de trabajo que la misma Atención Primaria en Salud busca llevar dentro de sus objetivos. (35) Nosotros ya la hemos venido desarrollando, está desde los niveles de la salud pública, está de los niveles de la gestión territorial y está desde la base fundamental de la oportunidad, (36) inclusive de algo que ya empieza a implementarse que son servicios domiciliarios de rehabilitación como parte del acercamiento a las comunidades con mayores niveles de dependencia, que por circunstancias propias a su condición no acceden a servicios que están ubicados en los puntos de atención. (37) El modelo y la reorganización de la red integrada de salud actual, permite de una u otra manera articular las acciones público - privadas para facilitar el acceso a los servicios (38) no obstante, cabe anotar que muchas personas no acceden por diversas circunstancias, no solamente barreras de tipo geográfico o por su nivel de dependencia sino porque muchas veces los intereses y expectativas en el logro de mejorar la condición de salud tampoco están dadas (39) entonces, en ese sentido si hay algo que pueda aportar la Atención Primaria en Salud para poder llevar un ejercicio, digamos que, de rehabilitación en una persona, en una familia y en una comunidad; pues tiene que estar definitivamente relacionado con el hecho de que estén enlazados a las redes de servicios y que llegue de manera oportuna a la personas. (40)

- acciones terapéuticas
- 29. Concepto personal sobre rehabilitación
- 30. Beneficios en la vida cotidiana
- 31. Rehabilitación basada en comunidad basada en principios de salud pública
- 32. Procesos de las redes de salud
- 33. rehabilitación basada en comunidad como servicios de las redes de salud
- 34. opinión personal frente a servicios de APS
- 35. Redefinición de rehabilitación
- 36. Desarrollo de la APS del proyecto.
- 37. Resultados del proyecto
- 38. Modelo actual de la red de salud
- 39. problemáticas que posee la red de servicios de salud.
- 40. la relación entre la APS y las redes de servicios para poder llegar a la comunidad.
- 41. Posición personal al interrogante.
- 42. Empoderamiento social como componente de la rehabilitación comunitaria.
- 43. Barreras dadas por el sistema para la rehabilitación comunitaria.
- 44. Retrasos en el acceso a la rehabilitación.
- 45. Rehabilitación como servicio específico.
- 46. Reconocimiento de la rehabilitación como foco fundamental y multidisciplinar
- 47. Rehabilitación como medio para acceder a otros servicios.
- 48. Importancia del reconocimiento de la rehabilitación como servicio primordial.
- 49. Reconocimiento y status de la rehabilitación para su acceso fácil.

Pregunta 8. ¿Cómo superar la instalación de los servicios de rehabilitación desde la distancia de las órdenes médicas?

Bueno, es una pregunta que de pronto está muy relacionada con procedimientos y trámites para poder desarrollar y llegar a la rehabilitación (41). La rehabilitación comunitaria en sí misma, también tiene que ver mucho con el empoderamiento social (42), entonces, cuando esto está sujeto a lo que el sistema ha dispuesto dentro de los trámites y el acceso a los servicios pues efectivamente, para las personas e inclusive para el talento humano, es una barrera(43), por ejemplo que una persona tenga que pasar muchas veces por varias consultas externas, generales, especialistas para llegar a un servicio de rehabilitación, eso retrasa el acceso a la rehabilitación (44).

La rehabilitación debe ser un servicio directo que pueda ser prestado desde las necesidades específicas de las personas (45); está muy bien que se trabaje desde un marco multidisciplinar, está muy bien que desde una medicina básica general, desde una Atención Primaria, la rehabilitación sea reconocida como un foco fundamental de prescripción y de canalización a las personas(46), pero también hay personas que definitivamente entran y su puerta de entrada es la misma rehabilitación e inclusive para llegar a otros servicios (47); entonces, la rehabilitación no puede seguir bajo la dependencia de una prescripción médica, de una orden médica, de una serie de procedimientos para que sea autorizado como si fuese un servicio con desigualdad de las condiciones en relación a las necesidades de la gente (48). La rehabilitación lo mismo que cualquier otro servicio médico, debe ser reconocido para que la persona pueda acceder en el momento y en las condiciones que así lo necesiten y lo requieran (49).

Pregunta 9. ¿Existe una comprensión de la relación entre las acciones terapéuticas interdisciplinarias y los determinantes sociales de la salud?

Pues la relación está dada definitivamente en el hecho de que las acciones terapéuticas van a incidir de manera principalmente y de manera... digamos que directa a esos determinantes de tipo proximal, relacionados con esas condiciones específicas que tiene el individuo muy seguramente para mejorar su condición de salud (50). Todas las predisposiciones individuales y todas las características que están puestas desde la genética, desde la etnia, desde el curso de vida, desde las características mismas de un diagnóstico, son relacionales como determinantes sociales(51), de manera proximal a todas esas acciones terapéuticas que se deben dar desde un marco interdisciplinar, es allí donde se gesta directamente el desarrollo de la capacidad y donde se colocan todos los elementos para disminuir niveles de dependencia que luego vayan a afectar la autonomía de independencia y el desarrollo mismo en la vida cotidiana como lo hemos venido diciendo(52). Por eso la relación es absolutamente directa en este tipo de determinantes principalmente, obviamente, digamos que puede tener también determinantes de tipo intermedio y estructura(53), pero digamos que la acción terapéutica es una acción específica individual, no sería una acción específica de grupos colectivos o de estructura organizativa de la sociedad(54), son para la persona y es la persona la que dentro de sus determinantes propios y sus condiciones de predisposición biológica y de características personales van a poder tener un desarrollo específico (55).

Pregunta 10. Los planes de desarrollo territorial proponen dinamizar algunos servicios y procesos de atención en salud y rehabilitación en el casco urbano principalmente, ¿cómo garantizar lo de la no segregación y el derecho a la salud de las personas de la zona rurales?

Una de las cosas que tiene la Secretaría de Salud en su modelo, es que ha venido trabajando de manera gradual, es el reconocimiento precisamente de la ruralidad como un mecanismo de particularidades para el desarrollo de las acciones en salud(56), no podemos comparar inclusive entre zonas Rurales de Bogotá(57); muy diferente la zona Sumapaz que en su porcentaje mayoritariamente rural y agrícola, con una extensión de tierra bastante amplia y un número de población que desde el marco de lo que significa afectaciones que ya van a generar por ejemplo una discapacidad(58), es la que tiene mayor prevalencia en la ciudad en relación a otras zonas rurales que tiene Usme, Ciudad Bolívar, el mismo Chapinero o Usaquén(59). Hay características territoriales distintas a pesar de que son zonas rurales (60), por eso y reconociendo las diferenciaciones que han arrojado los diagnósticos de salud y calidad de vida, todo el marco de atención, así estemos hablando de un modelo de salud urbana es rural (61), hay que recordar que el modelo de atención en salud reconoce a la persona dentro de su contexto y dentro de esos contextos está lo urbano, está lo rural y están aquellos que

50. Objetivo de las acciones terapéuticas para mejorar la condición de salud
51. Determinantes sociales.
52. Desarrollo de capacidades y aumento de autonomía.
53. Relación entre acción terapéutica e impacto en la persona
54. Acciones terapéuticas de manera individual.
55. Determinantes personales que condicionan el desarrollo.
56. Reconocimiento de la ruralidad.
57. Características diferentes.
58. Características territoriales.
59. Características sociales.
60. Diferencia entre territorios.
61. Modelo de salud.
62. Reconocimiento de la persona desde el modelo de atención en salud.
63. Salud y rehabilitación como componentes del modelo de salud.
64. Segregación.
65. Eliminación de barreras.
66. Unidades de servicio.
67. Limitaciones de acceso.
68. Soluciones para la atención.
69. Acciones de promoción y prevención como prioridad.
70. Limitaciones de desplazamiento
71. Oportunidades de acceso a los servicios de salud.

comparten entre los dos, o, no son muy diferenciados entre sí por las características propias de la cultura y de la zona geográfica (62), entonces la salud y la rehabilitación son parte del trabajo y del modelo de salud que está llevando Bogotá(63).

La no segregación de pronto que quieren ustedes aquí preguntar, desde el marco de la garantía de la no segregación y el derecho a la salud (64), es la adaptación que se debe hacer y que venimos haciendo desde lo que significa la prestación de servicios en la zona rural a la zona urbana y los mecanismos para facilitar el acceso y eliminar barreras de la población es efectivo(65), por ejemplo, en la zona de Sumapaz se cuenta con 2 unidades de servicio de salud totalmente dotadas(66), pero que las limitaciones están por ejemplo, en el desplazamiento de la gente y los niveles de afiliación no hacen que tengan unas altas usabilidades en sus estructuras, inclusive físicas (67); sin embargo la población es atendida desde la misma zona rural con diversos mecanismos de atención en salud o rehabilitación(68). Aquí por ejemplo, prima la oportunidad de tener también acceso del talento humano de salud a las zonas más alejadas, principalmente lo que tiene que ver con las acciones de promoción y prevención (69) y en el sentido de la rehabilitación digamos, que los desplazamientos son bastante complicados y eso hace que haya limitaciones en la prestación del servicio (70). Pero no podemos estar diciendo que lo que se está dando allí es un nivel de no segregación, sino más bien de oportunidad y barreras de acceso que no buscan segregar o discriminar a la población sino que lo buscan es de una u otra manera prestar servicios de acuerdo a las necesidades de cada territorio(71).

Bibliografía

- Alonso, O. (2004). La lógica de los actores y el desarrollo local. *Revista Pilquen*, (6), 0-0.
- Ambrosino, N., Casaburi, R., Ford, G., Goldstein, R., Morgan, M., Rudolf, M., Singh, S., Wijkstra, P. (2008). Developing concepts in the pulmonary rehabilitation of COPD. *Journal of Respiratory Medicine*. 102 (1), 17-26.
- Angarita, D. (2014). Rehabilitación integral: un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.
- Apartado-antioquia.gov.co. (2018). Planeación, Gestión Control - Todos los documentos. [online] Planeación, Gestión Control - Todos los documentos. (2018). Apartado-antioquia.gov.co. Retroceded 8
- Arango, J. (2006). *Rehabilitación neuropsicológica*. Bogotá: El Manual Moderno
- Banco Mundial, (2015). Gasto en investigación y desarrollo (% del PIB). Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). *Grupo Banco Mundial*. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/GB.XPD.RSDV.GD.ZS>
- Báscolo, E., Yavich, N. (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Revista de Salud Pública*. 12 (1), 89-104.
- Báscolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Revista de Salud Pública*. 12 (1), 8-27.
- Berterretche, R., Sollazzo, A. (2011). *El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un Centro de Salud público urbano de Montevideo, Uruguay*. *Saúde em Debate*. 36 (94), 461-472.

Blesedell, E., Willard, H., Cohn, E., Boyt, B. (2005). *Willard & Spackman. Terapia ocupacional*. Philadelphia: Panamericana.

Borg, M., Karlsson, B., Tondora, J., Davidson, L. (2009). Implementing Person-centered Care in Psychiatric Rehabilitation: What Does This Involve?. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 46 (2), 84–93.

Brommet, A., Serna, J. (2011). Atención primaria: Una estrategia renovada. *Colombia Médica.* 42 (3), 379-387.

Buitrago, M. (2008). La rehabilitación basada en la comunidad: un recuento histórico internacional, nacional y distrital, 1979-2004. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 10 (2), 39-61.

Cappellaro, G., Longo, F., (2011). Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy. *BMC Health Services Research.* (11), 82. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/82>.

Causse Cathcart, M. (2009). El concepto de comunidad desde el punto de vista socio-histórico-cultural y lingüístico. *Ciencia en su PC,* (3).

Conroy, S., Kendrick, D., Harwood R., Gladman, J., Coupland, C., Sach, T., Drummond, A., Youde, J., Edemans, J., Masud, T. (2010). A multicentre randomised controlled trial of day hospital-based falls prevention programme for a screened population of community - dwelling older people at high risk of falls. *Age and Ageing.* (39), 704–710.

Colombia, C. N. Ley 1753 de 2015 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018" todos por un nuevo país. Bogotá DC: DNP Departamento Nacional de Planeación.

- Corporación Universitaria Iberoamericana, Unidad de Investigación e Innovación. (2014). *Acciones de la fisioterapia en el marco de la Atención Primaria en Salud, en cinco territorios sociales*. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana, Unidad de Investigación e Innovación, pp.8-62.
- Corte constitucional de la República de Colombia. Sentencia T-121/15. República de Colombia, Gobierno Nacional. *Ley estatutaria 1751 de 2015*. "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".
- Cott, C., Mandoda, S., Landry, M. (2011). Models of Integrating Physical Therapists into Family Health Teams in Ontario, Canada: Challenges and Opportunities. *Physiother Can.* 63(3), 265–275.
- Cruz, M. (2011). *La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias*. Ministerio de la Protección Social, Bogotá, Colombia.
- Cuervo C. (1998). *La profesión de fonoaudiología. Colombia en una perspectiva internacional*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Chard, S. E. (2006). Community neurorehabilitation: A synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRx*, 3 (4), 525–534. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.nurx.2006.07.002>.
- Chatterjee, S., Pillai, A., Sumeet, J., Cohen, A., Patel, V. (2009). Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. *The British Journal of Psychiatry.* 195, 433–439.
- Díaz, F., Erazo, J., Sandoval C., (2008). Actuales Políticas Públicas para la Desinstitucionalización y Rehabilitación de Personas Psicóticas en Chile. Experiencia de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. *Revista de Psicología*, XVII (1), 9-37.

- Díaz, U., Sanz, V., Sahonero, M., Ledesma, Sandra., Cachimuel, Mesías., Torrico, M. (2012). Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17 (1), 167-177.
- Duarte L, Peña M, Piragua L. (2007). Rol del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención en salud dentro del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. *Revista Areté*. ISSN 1657-2513, N. 7, 2017, págs., 173-178.
- Duque, M. (2007). Cultura y Salud: Elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 9 (2), 127-142.
- Edwards, I., Delany, C., Townsend, A., Lee, L. (2011). New Perspectives on the Theory of Justice: Implications for Physical Therapy Ethics and Clinical Practice. *Physical Therapy*. 91 (11), 1642-1652.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., Edwards, A. (2013). Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expectations*, 18 (5), 1180–1193.
- Falcón, M. y Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Comunicación y Salud*, 2, (2), 91-98.
- Franco, A. (2012). Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 30 (1), 83-94.
- Gallego, T. (2007). *Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia*. España: Médica Panamericana.

- Gage, H., Ting, S., Williams, P., Bryan, K., Kaye, J., Castleton, B., Trend, P., Wade, D. (2011). A comparison of specialist rehabilitation and care assistant support with specialist rehabilitation alone and usual care for people with Parkinson's living in the community: study protocol for a randomised controlled trial. *Gage et al. Trials*. (12) 250. Recuperado de <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/250>.
- Galvez, P. (2016). *Rehabilitación con enfoque familiar y comunitario. Una Estrategia en el marco de la Atención Primaria en Salud en Colombia*. Cuadernos de Trabajo.
- García Sánchez, E. (2007). El concepto de actor: Reflexiones y propuestas para la ciencia política. *Andamios*, 3(6), 199-216.
- Giraldo, Alexandra., Vélez, Consuelo. (2014). La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Enfermería Global*, (13) 2, 232-241.
- Goodman, C., Drennan, V., Scheibl, F., Shah, D., Manthorpe, J., Gage, H., Iliffe, S. (2011). Models of inter professional working for older people living at home: a survey and review of the local strategies of english health and social care statutory organisations. *BMC Health Services Research*. (11), 337. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/337>.
- González, J. M. G., & Grande, R. (2017). Cambios en las diferencias por sexo en la esperanza de vida en España (1980-2012): descomposición por edad y causa. *Gaceta Sanitaria*, 1438. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.004>.
- González R. (1997). *Rehabilitación médica*. España: Masson
- Graf, M., Adang, E., Vernooij, M., Dekker, J., Jonsson, L., Thijssen, M., Hoefnagels, W., Rikkert, M. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *BMJ*, 336 (134), 1-9.

- Greene, J., Caldwell, G., McVeigh, A., Rankin, G., Sheeran, C. (2008). Timely and effective hospital discharge for older people: a person centred approach. *The International Journal of Clinical Leadership*. (16), 49–57.
- Henríquez, G., & de Vries, E. (2017). El efecto del envejecimiento para la carga de cáncer en Colombia: proyecciones para las primeras cinco localizaciones por departamento y sexo en Colombia, 2020 y 2050. *Revista Colombiana de Cancerología*, 21(2), 104-112.
- Hernández, A. (2004). Las personas con discapacidad. Su calidad de vida y la de su entorno. *Aquichan* vol.4 no.1 Bogotá Jan./Dec. 2004
- Hernández J. (2005). El costo social de la exclusión en el empleo basándose en la discapacidad. *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 3, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 92-97 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia
- Hull, S., Mathur, R., Owen, S., Round, T., Robson, J. (2014). Improving outcomes for people with COPD by developing networks of general practices: evaluation of a quality improvement project in east London. *npj Primary Care Respiratory Medicine*. (24), 1-6.
- Ibarra, G. (2007). Ética y valores profesionales. Universidad Nacional Autónoma de México. ISSN: 0188-168X
- Ivbijaro, G., Kolkiewicz, L., Lionis, C., Svab, I., Cohen, A., Sartorius, N. (2008). Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Mental Health in Family Medicine*. (5), 67–9
- Kahan, E. (2007). Edición dedicada a la Medicina Familiar en Israel. *Archivos en Medicina Familiar*. 9 (1), 11-15. México: Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C.

- King, A., Parsons, M., Robinson, E., Jorgen, D. (2012). Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. *Health and Social Care in the Community*. 20 (4), 365–374.
- Langland, E., Tuntlan, H., Førland, O., Aas, E., Folkestad, B., Jacobsen, F., Kjekken, I. (2015). Study protocol for a multicenter investigation of reablement in Norway. *BMC Geriatrics*, (15) 111.
- Lombard, C., Deeks, A., Jolley, D., Ball, K., Teede, H. (2010). A low intensity, community-based lifestyle programme to prevent weight gain in women with young children: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 341.
- Longo, F., Salvatore, D., Tasselli, S. (2012). The growth and composition of primary and community-based care services. Metrics and evidence from the Italian National Health Service. *BMC Health Services Research*. (12), 393. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/393>.
- López, M., Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (XXVII,) 187-223.
- López, R., Padilla, D., Catalán, D., Arrebola, C., Garrido, P., Martínez, M., Zurita F. (2010) Análisis de la actividad en las unidades móviles de rehabilitación-fisioterapia en atención primaria. *Atención Primaria*. 42 (5), 278–283.
- López, P., Torres, M., Segredo, A., Carbonell, L., Martínez, N. (2011). Criterios e indicadores para la caracterización de la integración en el sistema nacional de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 37(4), 394-415.

Llanos-Hernández, L. (2010). El concepto del territorio y la investigación en las ciencias sociales.

Agricultura, sociedad y desarrollo, 7(3), 207-220.

Maulik, P. K., & Darmstadt, G. L. (2007). Childhood disability in low-and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology.

Pediatrics, 120(Supplement 1), S1-S55.

Mji, G., Braathen, S., Vergunst, R., Scheffler, E., Kritzinger, J., Mannan, H., Schneider, M.,

Swartz, L., Visagie, S., (2017). Exploring the interaction of activity limitations with

context, systems, community and personal factors in accessing public health care services:

A presentation of South African case studies. *African Journal of Primary Health Care &*

Family Medicine. 9(1), 1-9. Recuperado de <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1166>

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2010). *Orientaciones Metodológicas para el desarrollo*

de las estrategias de rehabilitación en la Atención Primaria en Salud. 2010 -2014.

Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, (S.f.) *Orientaciones Para La Implementación Del Modelo*

De Atención Integral De Salud Familiar Y Comunitaria. En

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. (2016). *Política de Atención*

Integral en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. (2015). *Orientaciones para el*

desarrollo de la Rehabilitación Basada en Comunidad en el marco del Plan de Salud

Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Bogotá: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. (2014). *Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad para Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud.

Recuperado de:

<https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/GOBIERNO/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social & Grupo de Investigación Discapacidad, Políticas y Justicia Social Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. (2014). *Aunar esfuerzos para apoyar el fortalecimiento de la rehabilitación funcional con enfoque biopsicosocial*. Versión preliminar de los lineamientos de rehabilitación funcional con enfoque biopsicosocial. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Internet] [visitado 2016 Jun 22]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx> 4.

Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social. (2015). Diapositivas: Sala Situacional de Personas con Discapacidad. Nacional. Agosto.

<https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/ESTADISTICAS/Sala-situacional-discapacidad-Nacional-agosto-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, Republica de Colombia, 2017. Resolución 5171 de 2017, Por la cual se establece la clasificación única de procedimientos en salud – CUPS-.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%2005171%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%2005171%20de%202017.pdf)

- Ministerio de Salud y Protección Social. *Ley 1618 de 2013*: Por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Bogotá, D.C.: Boletín de Prensa No 062; marzo 15 de 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD. Base de datos tomada de: cubos.sispro.gov.co
- Ministerio de Salud. República del Perú. (2011). *Guía Técnica de operativización del Modelo de Atención Integral de la Salud, basado en familia y comunidad*. República del Perú: Ministerio de Salud, pp. 1-15.
- Ministerios de salud y protección social, 2018. Plan nacional de salud rural. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>
- Mirza, A., Tareen, L., Davidson, L., Rahman, A. (2009). Community management of intellectual disabilities in Pakistan: a mixed methods study. *J Intellect Disabil Res.* 2009. 53(6), 559–570.
- Molina, N. (2016). Sistema Nacional de Rehabilitación Integral: limitaciones en el concepto, el marco normativo y la formación profesional. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 91-99.
- Morales, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Grupo de investigación Rehabilitación e Integración Social de la persona con discapacidad Universidad del Rosario. Documento en PDF.
- Moreno-Angarita M, Balanta-Cobo P, Mogollón-Pérez AS, Molina Achury NJ, Hernández-Jaramillo J, Rojas-Castillo C. Análisis cualitativo del concepto y praxis de rehabilitación

integral percibido por distintos actores involucrados. *Rev. Fac. Med.* 2016; 64:S79-84.

Spanish. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3Supl.51513>.

Mosquera, P., Hernández, J., Vega, Román., Junca, C. (2011). Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. *Gerencia y Políticas de Salud*. 10 (21), 124-152.

Mutis, C. (2017). Experiencias en desarrollo rural y extensión de la Universidad de La Salle. Ediciones Unisalle: Bogotá. Capítulo: El desarrollo rural territorial. Conceptos y Retos para el posconflicto colombiano – Jaime Forero.

Naidoo, D., Van J., Joubert, R. (2016). Exploring the occupational therapist's role in primary health care: Listening to voices of stakeholders. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 8(1), 1-9. Recuperado de [http:// dx.doi.org/10.4102/phcfm. v8i1.1139](http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1139).

Nang S., Rhee S., Kim W. Beom K., Kim S., Young J. (2006). The Continuum of Rehabilitation Care and the Rehabilitation Services that are Needed by People with Severe Disabilities. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 39 (3), 263-269.

Nancarrow, S., Moran, A., Freeman, J., Enderby, P., Dixon, S., Parker, S., Bradburn, M. (2009). Looking inside the black box of community rehabilitation and intermediate care teams in the United Kingdom: an audit of service and staffing configuration. *Quality in Primary Care*. 17 (3), 23–33.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de intervención MhGap para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2011).

Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional. San Salvador, El Salvador: OPS-OMS.

Organización panamericana de la salud. (2008). El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud. Universidad nacional de Córdoba. Secretaría de graduados en ciencias de la salud. Recuperado de:

<http://www.paho.org/arg/publicaciones/otras%20pub/discapacidad.pdf>

Paula, C., Ribeiro, E., Wissow, L., Bordin, I., Lacko, E., Evans, S. (2012). How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: Actions needed in the public sector. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* (34), 334-341.

Pardo, Y., Gonzalez, M. (2007). Espacio y territorio en la práctica de enfermería comunitaria.

Aquichan, 7 (2), 189-198. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107209>

Pastor, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo.* 29 (3), 281-290.

Pérez, J. (2017) Algunos comentarios sobre la ley 1751 del 2015 que regula el derecho

fundamental a la salud. *Revista Biosalud.* 16(1): 5-6. DOI: 10.17151/biosa.2017.16.1.1

Pizzi, L., Jutkowitz, E., Kevin D, B., Suh, D., Prioli, k., Gitlin, L. (2014). Cost-Effectiveness of a Community-Integrated Home Based Depression Intervention in Older African Americans. *J Am Geriatr Soc.* 62 (12), 2288–2295. Recuperado de doi:10.1111/jgs.13146.

Ploeg, J., Brazil, K., Hutchison, B., Kaczorowski, J., Dalby, D., Goldsmith, C., Furlong, W.

(2010). Effect of preventive primary care outreach on health-related quality of life among older adults at risk of functional decline: randomised controlled trial. *BMJ.* 340.

- Ramírez, A., Rocha, D., Durando, L., y Rodríguez, S. (2016). Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *Revista CES Derecho*. Volumen 7 N.2 Julio-Diciembre.
- Randi, W., Grotle, M. (2007). Clients using community occupational therapy services: Sociodemographic factors and the occurrence of diseases and disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. (14), 150-159.
- Rauber, I. (2006). Luchas y organizaciones sociales y políticas: desarticulaciones y articulaciones. Obtenido de http://conceptos_sociales.unam.mx/conceptos_final/461trabajo.pdf.
- República de Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación (2013). Conpes social 166, política pública nacional de discapacidad e inclusión social. Disponible en: <http://www.mincit.gov.co/loader.php?Lservicio=documentos&Lfuncion=verpdf&id=79205&name=conpes166.pdf&prefijo=file>
- Rodríguez, A. & Gimenez, M. (2007). Acciones de la Educación de Salud en la Atención Primaria: Revelando Métodos, Técnicas y Bases Teóricas. *Revista Da Rede de enfermagem do Nordeste*, 8 (2), 41-49.
- Rodríguez, D., Benavides, J. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2016; 34(3): 359-371. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10.
- Rodríguez, M., Bursztyn, I., Ruoti, M., Dullak, R., Páez, M., Orué, E., Sequera, M., Lampert, N., Giménez, G., Velázquez, S. (2011). Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado Sur – Paraguay. *Saúde em Debate*. 36 (94), 449-460.

- Rodríguez, Y., Martínez, A., Álvarez, O., Socarrás P., Marrero, D. (2009). Estrategia para mejorar la calidad de la atención al niño con discapacidad. *Medisan*. 13(2).
- Rogers, A., Vassilev, I., Brooks, H., Kennedy, A., Blickem, C. (2016). Brief encounters: what do primary care professionals contribute to peoples' self-care support network for long-term conditions? A mixed method studies. *BMC Family Practice*, (17) 21.
- Rogers A., Vassilev I., Sanders C., Kirk S, Chew-Graham C., Kennedy A., Protheroe J., Bower P., Blickem C., Reeves D., Kapadia D., Brooks H., Fullwood C., Richardson G. (2011). Social networks, work and network-based resources for the management of long-term conditions: a framework and study protocol for developing self-care suppor. *Implementation Science*, 6 (56).
- Romero, R. V., Ramírez, N. A., Méndez, P. A. M., & Vélez, M. O. R. (2008). La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina social*, 3(2).
- Ropero, S. (2016). La institucionalidad rural en Colombia: Reflexiones para su análisis y fortalecimiento. *Mundo Agrario*, 17(35), e022. Recuperado de <http://www.mundoagrario.unlp.edu.ar/article/view/MAe022>
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*. 36 (94), 327-342.
- Salazar-Pérez, E., MM, M. G., López-Rodríguez, G., & Cabrera, J. H. (2018). Programas de salud y alimentación escolar, el papel de la participación de la comunidad. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSa*, 7(13).
- Sánchez, M., Ibarra, Carlos., Vilchis, M., Montesano-Delfín, Rafael., Guízar, J., Loya, B. (2008). Impacto del servicio de rehabilitación en el primer nivel de atención. *Revista Médica del*

Instituto Mexicano del Seguro Social. 46 (4), 391-396. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sanders, D., Labonté, R, Packer, C, Schaay, N. (2012). Dimensiones comunitarias de la Atención Primaria Integral en Salud. *Saúde em Debate*. 36 (94), 473-481.

Saurman, E., Johnston, J., Hindman, J., Kirby, S., Lyle, D. (2014). A transferable telepsychiatry model for improving access to emergency mental health care. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20 (7), 391–399.

SCImago. SJR - SCImago Journal & Country Rank 2017; Retrieved August 17, 2017, Available from URL: <http://www.scimagojr.com> [Visitado 2017 agosto 17].

Sherrington, C., Lord, S., Vogler, Close, J., Howard, K., Dean, C., Clemson, L., Barraclough, E., Ramsay, E., Rourke, S., Cumming, R. (2009). Minimising disability and falls in older people through a post-hospital exercise program: a protocol for a randomised controlled trial and economic evaluation. *BMC Geriatrics*. 9 (8), 1-7.

Starfield, B. (2004). *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson-PALTEX. OPS-OMS

Torrence, C., DeCristofaro, Elliott, L. (2011). Empowering the primary care provider to optimally manage mild traumatic brain injury. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. (23), 638–647.

Tuntland, H., Espehaug, B., Forland, O., Drange, A., Kjerstad, E., Kjekken, I. (2014). Reablement in community-dwelling adults: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, (14) 139.

- Valero Pérez, M. (2018). Modelo de rehabilitación integral. *Revista Colombiana De Rehabilitación*, 5(1), 34-42. <https://doi.org/10.30788/RevColReh.v5.n1.2018.282>
- Valderrama, J., (2012). El editor, información tecnológica. En síntesis, SCImago. *Formación universitaria*, 5 (5), 1. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062012000500001>
- Vega, R., Hernández, J., Mosquera, P. (2012). Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde em Debate*. 36 (94), 392-401.
- Velazco, E. H. B., & Andrade, A. M. (2012, October). ¿ El concepto de territorio una totalidad o una idea a partir de lo multicultural?. In 11th Annual International Conference of Territorial intelligence of INTI, " Territorial intelligence and globalization tensions, transition and transformation".
- Venketasubramanian, N., Hoon, Y., Chan, P., Hoon, B., He, K., Kumari, N., Lim, L., Phang, J., Toh, M., Widjaja, S., Mun, L., Yin, A., Cheah, J. (2008). Bridging the Gap Between Primary and Specialist Care – An Integrative Model for Stroke. *Annals Academy of Medicine*. 37 (2), 118-127.
- Whitehead, P., Drummond, A., Walker, M., Parry, R., McGeorge, I., Latif, Z. (2014). Occupational Therapy in HomeCare Re-ablement Services (OTHERS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, (15) 447.
- World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health.. Disponible en URL: <http://www.who.org/icidh>

Yan, H., Youxin, H., Chen, L., Zheng, G., Lin, X., Chen, B., Zhou, B., Zhang, Q. (2013).

Rehabilitation for the management of knee osteoarthritis using comprehensive traditional Chinese medicine in community health centers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, (14) 367.

Zhaokang, Y., Yuxi, L., Yong, L., Yunchang, X., Yuanjun, G., Harris, M. (2012). A model for community health service development in depressed rural areas in China. *BMC Health Services Research*. (12), 465.

Zuazagoitia, A., Grandes, G., Torcal, J., Lekuona, I., Echevarria, P., Gómez, M., Domingo, M., De la Torre, M., Ramírez, J., Montoya, I., Oyanguren, J., Sánchez, R., the EFICAR Group. (2010). Rationale and design of a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an exercise program to improve the quality of life of patients with heart failure in primary care: The EFICAR study protocol. *BMC Public Health*. (10), 33. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/33>.