



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

[2017]

**ORIENTACIONES CONCEPTUALES
Y METODOLÓGICAS DE
REHABILITACIÓN (FUNCIONAL
/INTEGRAL) PARA EL
COMPONENTE PRIMARIO DE
ATENCIÓN EN SALUD (FASE 1 Y 2)**

Edwin Hernán Meza Rosero

Investigador principal

Coinvestigadora: Diana Fique

Corporación Universitaria Iberoamericana

Facultad de Ciencias de la Salud

Anita Cristina Yandún Reina

Investigadora Principal

Coinvestigadores: Alejandra Jimenez

Guillermo Rodriguez

Escuela Colombiana de Rehabilitación



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

**ORIENTACIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS DE REHABILITACIÓN
(FUNCIONAL / INTEGRAL) PARA EL COMPONENTE PRIMARIO DE ATENCION EN
SALUD (FASE 1 Y 2)**

**CONCEPTUAL AND METHODOLOGICAL REHABILITATION GUIDELINES
(FUNCTIONAL / INTEGRAL) FOR THE PRIMARY COMPONENT OF HEALTH CARE
(PHASE 1 AND 2)**

Investigador principal Iberoamericana: Edwin Hernán Meza Rosero

Coinvestigadora Iberoamericana: Diana Fique Ortega

Investigadora principal ECR: Anita Cristina Yandún

Coinvestigadores ECR: Alejandra Jiménez, Guillermo Rodríguez.

Diciembre 2017

Asistentes de Investigación

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 resolutiva 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. Para ello se desarrolló en un primer momento un estudio bibliométrico utilizando análisis de frecuencias, desde el año 2006 hasta el primer trimestre del año 2017, el cuál arrojó 52 artículos que cumplen criterios, encontrados en las bases de datos EBSCO, REDALYC y PUBMED. Posteriormente se realizó el análisis del componente territorial, lo que incluye el estudio de las condiciones territoriales de diferentes escenarios nacionales para finalmente escoger 3 que sirvieron como muestra para el estudio poblacional específico. Los resultados evidencian que los procesos de rehabilitación de base comunitaria tienen temáticas de trabajo orientadoras de estos procesos, aunque con muy poca evidencia por cada uno de ellos. Por otro lado, el análisis de las condiciones territoriales nos lleva a destacar 3 municipios en los que existiera procesos organizativos de personas con Discapacidad, una Empresa social del Estado como prestadora de servicios de salud, contactos preliminares y acceso a la información de políticas y planes territoriales.

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. For this purpose, a bibliometric study using frequency analysis was developed at the beginning, from 2006 to the first quarter of 2017, which yielded 52 articles that meet criteria, found in the EBSCO, REDALYC and PUBMED databases. Subsequently, the analysis of the territorial component was carried out, which includes the study of the territorial conditions of different national scenarios to finally choose 3 that served as a sample for the specific population study. The results show that the community-based rehabilitation processes have work themes that guide these processes, although with very little evidence for each of them. On the other hand, the analysis of territorial conditions leads us to highlight 3 municipalities in which there were organizational processes of people with disabilities, a social enterprise of the State as a provider of health services, preliminary contacts and access to information on policies and plans territorial.

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

Índice

Introducción (Contextualización y Planteamiento del Problema)

Capítulo I - Fundamentos Teóricos

- Puntos de referencia.
- Rehabilitación
- La rehabilitación como la búsqueda de la funcionalidad
- Atención primaria en salud (APS)

Capítulo II- Metodología

- Tipo y Diseño de Investigación
- Entidades Participantes
- Dificultades del Estudio

Capítulo III- Aplicación y Desarrollo

- Guía para para la revisión de documentación científica.
- Insumos desde el análisis estadístico desde Registros en Salud
- Definición de perfiles territoriales
- Proceso de priorización de territorios
- Insumos desde la Política territorial Sumapaz (Bogotá D.C.)
- Construcción de instrumentos para el trabajo de campo
- Guía de Observación para el trabajo en territorios

Capítulo IV- Resultados

Capítulo V - Discusión

Capítulo VI - Conclusiones

6.1 Cumplimiento de Objetivos específicos y Aportes

6.2 Líneas Futuras

6.3 Producción asociada

Anexos

Bibliografía

INTRODUCCION

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)”.

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, transformando, 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, las relaciones de poder que actualmente se establecen con personas con necesidades diferentes, sus familias y comunidades a las cuales pertenecen.

De otra parte, los servicios de rehabilitación desarrollados en el componente primario de atención en salud deben, en coherencia con la PAIS y el MIAS, 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, 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, se resalta que dentro de este trabajo se concluyen 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. Del mismo modo, 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

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 interdisciplinares 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, el pilar ético estuvo sustentado en los principios de **autonomía, veracidad, beneficencia y justicia social**. Los pilares éticos se ven reflejados en el proyecto, 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

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

REHABILITACIÓN

La primera aproximación gira alrededor del concepto de rehabilitación. De acuerdo con Blesedell E., WillardH., Spackman C., Cohn E., Boyt B. (2005), la define como el "proceso de establecer la capacidad de un individuo para 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" (Hagedorm 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.

Respecto a la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) es definida como una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad, esta es llevada a cabo a través de esfuerzos combinados entre las personas en situación de 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).

El proceso de rehabilitación es una búsqueda de mejorar la atención a los pacientes 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. Es así como, se llega a la rehabilitación integral, en la cual el personal del sistema sanitario busca un abordaje más completo, que, de acuerdo con López P., Torres M., Segredo A. Alonso L., Matínez N. (2011) 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"

Desde las diferentes perspectivas de la definición de rehabilitación, se evidencia en común el propósito de conseguir un estado de bienestar integral, articulando diversos elementos entre los que se destacan los políticos, organizacionales y financieros, en escenarios institucionales y comunitarios López et al 2011, en consonancia con lo que

plantea Moscolo (2011), afirman que estos elementos comunes forman parte, además, de la atención primaria en salud (APS), y articulan necesariamente, herramientas para la detección de los determinantes de la salud, las políticas institucionales y las necesidades y el bienestar de la comunidad.

En 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) el cual refleja las relaciones éticas sobre el tema de la discapacidad y enfermedades crónicas y regionalización. En esta muestra 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, la cual da un cambio "de una colección de servicios a un verdadero sistema de salud", 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 citado en el texto, esto muestra que los servicios de rehabilitación no solamente tiene que responder a unas condiciones de salud en particular sino a la dinámica contextual que puede hacer que esta condición se complejice, razón por la cual requiere de acciones conjuntas entre varios actores, de acuerdo a las necesidades particulares.

Las experiencias de las redes Locales de Integración de la Salud descritas en la experiencia de Ontario refieren 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.

Se resalta también que algunos autores dieron 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, como el caso de enfermería quien da relevancia a la característica de los territorios y a la práctica comunitaria (Pardo Y., González M. 2007); 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 éste conocimiento podría identificar qué intervenciones deben proporcionar los servicios comunitarios para reducir las consecuencias diarias de las enfermedades y la discapacidad.

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, hablan de la rehabilitación comunitaria la cual tiene carácter multidisciplinario, y puede asociarse con mayores niveles de recuperación. Esto responde a las intervenciones en rehabilitación en contexto, las cuales sugiere, la integración de lo social y comunitario presentes en los lineamientos de la APS.

La rehabilitación como la búsqueda de la funcionalidad

De estas articulaciones puede haber múltiples posibilidades. Por ejemplo, una posición que operativice la rehabilitación en perspectiva asistencial como herramienta de la APS, toca tácita o explícitamente los otros elementos constitutivos de la salud declarados en la Ley, especialmente los asociados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La relación, dado su carácter integrador entre la particularidad del sujeto y el contexto, se fortalece en la identificación de los determinantes y la generación de procesos que den continuidad a la atención a la comunidad. Plog (2010), quien describe la prevención en un marco rehabilitador como un “cuidado proactivo iniciado por el proveedor más allá de la atención de rutina dirigida por la demanda.”, resalta, no solo la detección de déficit funcionales, sino también la creación de estrategias y el seguimiento a estas mismas, como partes esenciales para la operacionalización de la rehabilitación en un marco de atención apropiados.

Por lo tanto, en la rehabilitación integral se involucran diversos actores en pro del bienestar de los usuarios (Bascolo. 2010), permitiendo de esta manera la articulación de varias disciplinas siendo beneficioso para la ganancia de movilidad, independencia, bienestar y calidad de vida de los pacientes, por medio de un aporte continuo, estructurado y enfocado (Gage, H. 2011). Es así como 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).

Finalmente, es correcto decir que todos los autores coinciden en la importancia del trabajo multidisciplinario e interdisciplinario en la rehabilitación, esto en pro de la recuperación de los pacientes, así como la participación de las familias y comunidades en el proceso.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

La Atención primaria en salud comprendida como una política de reorganización del modelo asistencial y una estrategia para el fortalecimiento del sistema de salud como un todo (Berterretche 2012) destinada a mejorar el acceso a la prestación de servicios de salud de una persona en su comunidad, ofrece un marco ideal para pensar la salud desde la integralidad y con un enfoque centrado en la persona, dado que así como reconoce las relaciones que se circunscriben entre los diferentes entornos en los que los sujetos habitan, también lo hace desde una visión macroestructural que involucra las políticas de salud y los sistemas que las operativizan.

Particularmente para el análisis que este punto de referencia inicial permite, centrarse en el contexto ofrecido por la familia, constitutivo, según (Berterretche 2012), de la APS, es fundamental. El autor refiere que este componente, “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 (Berterretche 2012)”. En consonancia, la OMS en 2007 afirma que un cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, con proveedores a cargo de una población y territorio definidos, con una extensa 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, un primer nivel de atención que orienta, integra y coordina el cuidado de la salud, con resolución de la mayoría de las necesidades de la población; la entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado (generalmente extrahospitalarios) y la existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios, pone sobre el escenario de la atención primaria en salud no solo la comprensión de la familia y su papel trascendente para la salud, sino la participación y lo que esta conlleva, es decir, los elementos sociales que permitan viabilizarla.

Dicho de otra forma, la APS reconoce a la familia como central en el proceso de salud, partiendo de que esta permite la participación del sujeto en los diferentes contextos y en el suyo propio. Los diálogos que aquí se establecen son parte de una visión que debe emerger desde la integralidad, pues para que esta sea una estrategia eficaz que mejore la accesibilidad y equidad en la utilización de los servicios de salud, la

integralidad de la prestación de los mismos y la equidad de los resultados, es clave reconocer otros elementos del sistema que pueden obstaculizar o facilitar la garantía de este derecho, como “la distribución de recursos entre diferentes servicios, el énfasis que se haga en la atención primaria y la extensión de las estrategias de integración del sistema”, así como el manejo de la información, la formación a los profesionales, el trabajo interdisciplinario, etc.

Resulta interesante reconocer que estos elementos, complejos y variados, y que tocan, de forma sutil algunos, con contundencia otros, al sistema de salud y en consecuencia, a la familia y al sujeto, no representan una exclusividad lesiva para quienes ha sido los tradicionales destinatarios de la APS - las poblaciones de bajos recursos económicos, personas con discapacidad, niños o personas mayores o con otros diversos tipos de fragilidades sociales- aunque es necesario reconocer que su afectación puede ser mayor en comparación con otros grupos que no tengan los mismos riesgos.

Esta afectación (-de todos-), dialoga con la exposición que hace Berterretche (2012), cuando resalta que “Si bien 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”.

Esta posición invita a estructurar aproximaciones reflexivas sobre la APS desde diferentes niveles, por ejemplo, uno que abarque un contexto marco, de tipo político o económico, otro, que contemple las estrategias para la reorganización de sistemas de prestadores de salud y otro posible que recoja elementos sobre la operativización y abordaje de estrategias comunitarias, profesionales, etc.

Al respecto, para este primer nivel, lo primero que la literatura consultada 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) o, como lo mencionan otros autores, a través de brindar una atención tanto preventiva, curativa y de rehabilitación con oportunidad, donde se contemplen la satisfacción de las necesidades de la población (IMSS).

Desde el contexto político y administrativo esto concuerda con lo dicho por Moscolo et all 2011, quien expone que para el cumplimiento de este objetivo se requiere de una

serie de políticas públicas que se implementen en las instituciones hospitalarias públicas garantizando el cumplimiento obligatorio de derechos de la comunidad en general.

Complementando lo anterior para Basculo & Yavich 2010 en la aplicación de la APS la gobernación hace parte importante ya que se encarga de formar y fortalecer a los actores involucrados en el proceso de mejorar las herramientas brindadas a la sociedad, aportando de esta manera a su continuidad y efectividad.

En consonancia, la reflexión que este nivel convoca recoge orientaciones establecidas por la “Organización Mundial de la Salud (OMS) en las cuales se señala la necesidad de los países Latinoamericanos de establecer políticas, planes y programas explícitos para lograr responder a las necesidades de atención en Salud”. Al respecto se encuentran posiciones que afirman que las estrategias de atención comunitaria permiten orientar la construcción de elementos normativos entre otros de orden macro estructural, como el planteamiento de nuevas políticas públicas y sociales, de, hacia, para y con las personas (especialmente aquellas que, como se mencionó anteriormente, tienen diferentes niveles de vulnerabilidad) “a fin de potenciar de esta manera el trabajo ínter y transectorial y la responsabilidad de la sociedad y las instituciones en su conjunto con la población”. Según Brommet et all 2011, entre otras, estas estrategias pueden contener elementos como la cofinanciación de infraestructuras entre comunidades, la creación de unidades móviles de atención, diagnóstico y manejo y la subvención económica de estas áreas por otras económicamente más ricas, etc.

Sobre esta base, estructurar un enfoque centrado en la persona es impajaritable. (Torrance, C. 2011). La literatura demuestra la importancia de 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 promuevan su acceso.

De esta manera, la orientación estratégica hacia la atención primaria en salud debe facilitar la articulación coordinada de todos los dispositivos de atención, intervención e influencia en todos los contextos –especialmente los rurales- y en todos los niveles (primario y complementario).

Ahora bien, continuando con esta línea argumentativa, el segundo momento en la discusión invita a pensar en la organización de la atención primaria en salud y en las estructuras y mecanismos para su puesta en funcionamiento. Al respecto, resulta clave 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, entre otros, resulta estratégico, dado que la articulación de todos estos elementos fortalece un 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.

Conseguir articular a estos actores sociales –y los otros posibles-, es clave (Buitrago M., 2008). La variabilidad de estos y los escenarios donde se desarrollan, abren todo un panorama de oportunidades para la transformación del territorio, entendido desde una postura abierta -más allá de la geografía- que contempla el entretejido de relaciones, de vivencias, de significados y sentires, de elementos políticos y económicos y sociales.:

“El territorio constituye un concepto teórico y un objeto empírico que puede ser analizado desde la perspectiva interdisciplinaria, ha pasado del reduccionismo fisiográfico para ser asumido como un concepto que existe porque culturalmente hay una representación de él, porque socialmente hay una especialización y un entramado de relaciones que lo sustentan y porque política y económicamente constituye una de las herramientas conceptuales más fuertes en la demarcación del poder y del intercambio”(Llanos, 2010)

Esta perspectiva territorial que da cuenta de las necesidades de articulación intersectorial y el establecimiento permanente de estrategias de intervención,

reconoce el trabajo en red como un elemento importante en el funcionamiento de los sistemas de atención primaria en salud – tal como lo demuestra Mirza (2009,) al relatar la experiencia de un sistema de atención primaria en salud Pakistaní en el que la atención primaria de la salud se organiza a través de una red de unidades básicas de salud (BHU), cada una prestando atención a alrededor de 15.000 - 20.000 personas y constituida por un equipo interdisciplinario que incluye médicos, parteras, etc.-. Apoyando estos argumentos, 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.

Basculo (2010), explica en su análisis sobre el desarrollo de la APS en el Rosario (Argentina), que estas articulaciones forman parte de una más grande aún, y necesaria: “La coordinación entre niveles de atención y entre las estructuras de conducción del sistema” a partir de lo cual se ponen sobre la mesa temas tan importantes para la atención primaria en salud como la red de establecimientos prestadores de servicios de salud, prestación de servicios en todos los niveles de complejidad, atención centrada en la persona, familia y comunidad, participación social, y recursos humanos suficientes. Si bien todas herramientas necesarias para un buen funcionamiento de la atención en salud, el conocimiento de las necesidades en salud de la comunidad e “identificar los problemas existentes y enfrentarlos con estrategias adecuadas” (Puig, 2011) es un deber ineludible.

Las particularidades de los contextos –por ejemplo, aquellos asociados a las limitaciones para el acceso a la salud que experimentan los grupos poblacionales que habitan en zonas rurales y remotas y que se manifiestan con resultados más pobres en salud en comparación con quienes habitan los centros urbanos (Pizzi, Jutkowitz, Frick, Suh, Prioli, & Gitlin, 2014)-, las relaciones territoriales y los elementos que las condicionan -por ejemplo el incremento de la esperanza de vida y por tanto, el

aumento del envejecimiento, que redundan en un gran porcentaje con enfermedades crónicas o discapacidades que requieren atención-, devienen en la necesidad de *“desarrollar una intervención factible, rentable, a nivel comunitario, y que pueda ser escalada e integrada en los sistemas de salud existentes, con un componente educativo para todos y basado en la comunidad para asegurar la máxima cobertura, con énfasis en la resolución de problemas, y que tenga en cuenta –por su carácter relacional- elementos como las actividades de la vida diaria y mejor comportamiento adaptativo. Debe tener un componente de promoción y movilización de la comunidad local, pero al mismo tiempo debe ser adecuadamente apoyado por los sistemas de salud y asistencia social. Estos equipos y uniones que se realizan para ampliar la accesibilidad se encuentran orientados hacia un trabajo integral para brindar atención óptima y sin altos costos, mejorando los servicios brindados a las personas y el desempeño de la institución (Cott, C. 2011).*

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.

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 un orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación (funcional /integral) coherente 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”.

FASES:

FASE	HERRAMIENTAS METODOLOGICA	ALCANCE ESPERADO
<i>Primera Fase – Componente Documental. 2017 – I</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		
Segunda Fase - Componente territorial. 2017-II		
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 públicas	
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	
Tercera Fase - Triangulación. 2018-I		
Sistematización y Análisis de Información	Codificación Abierta y Codificación axial	Modelo de fundamentación teórica establecido
Construcción de Unidades de Sentido		
Deconstrucción de conceptos	Formulación y descripción de las categorías interpretativas	
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	

Definición del contenido de los componentes de los servicios de rehabilitación		
<i>Cuarta Fase – Propuesta de Desarrollo Disciplinar</i>		
Identificación de competencias profesionales para el desarrollo de líneas de acción de los servicios de rehabilitación para el componente primario de atención	Muestreo teórico y saturación teórica	Orientaciones metodológicas disciplinares e internacionales
Definición de las acciones disciplinares e interdisciplinares de los servicios de rehabilitación para el componente primario de atención		
Desarrollo de mesas de trabajo con asociaciones científicas		
Consolidación de documento de orientaciones conceptuales y metodológicas para el componente primario de atención		
Identificación de competencias profesionales para el desarrollo de líneas de acción de los servicios de rehabilitación para el componente primario de atención		

Entidades Participantes

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

Capítulo III- Aplicación y Desarrollo

Primera fase. 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.

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 siguiente 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).

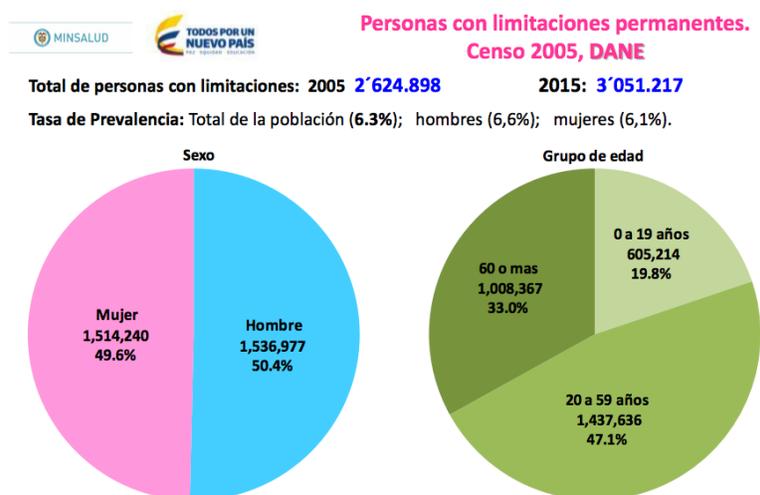


Figura 1. Personas con limitaciones permanentes según Censo 2005, DANE. Tomado de Sala Situacional de PcD. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social.

- 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 a 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

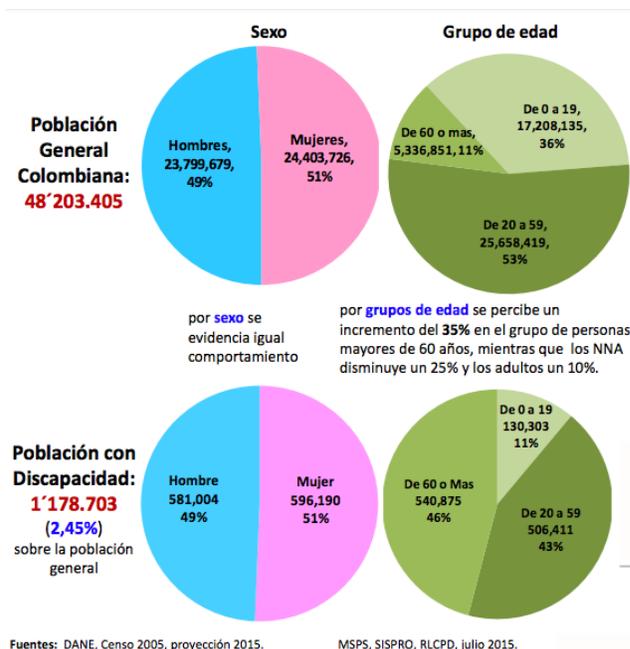


Figura 2. Personas con Discapacidad - PcD. Registro de Localización y Caracterización de PcD - RLCPD 2015. Tomado de Sala Situacional de PcD. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social.

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 1 y la figura 3, mayor concentración en zona urbana. En la figura 4 se encuentra la distribución porcentual, la cual corresponde para zona urbana 74,7% y rural 17,3%.

Tabla 1.

Ubicación PcD por zona

	Centro Poblado	No definido	Zona Rural	Zona Urbana	Total general
COLOMBIA	103.505	2.604	234.312	1.009.586	1.350.007

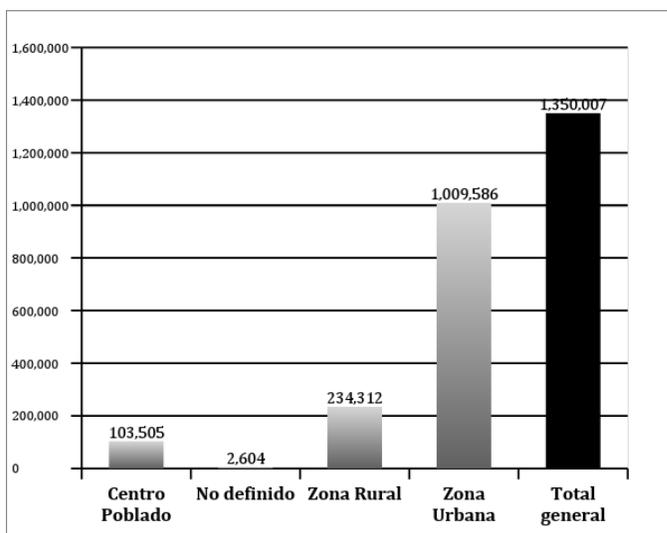


Figura 3. Distribución de PcD por zonas

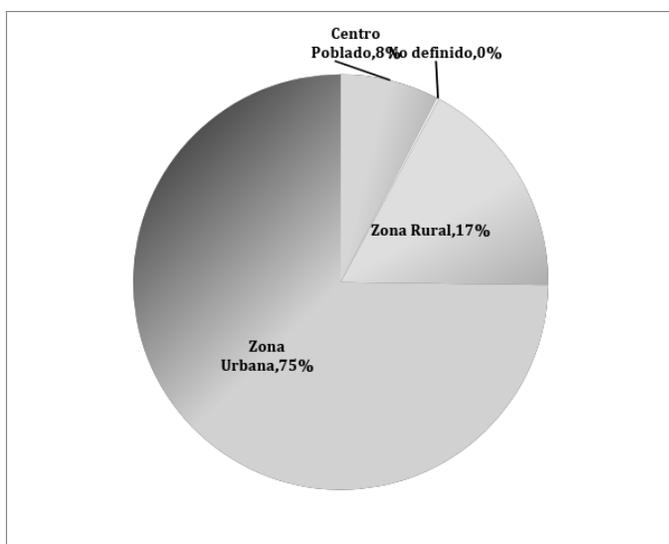


Figura 4. Distribución porcentual de PcD por zonas

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 2 y la figura 5.

Tabla 2.

Ubicación PcD por departamentos en centro poblado y rural

	Centro Poblado	Zona Rural	Total general
1 - COLOMBIA	103505	234312	337817
05 - ANTIOQUIA	8702	38758	47460
52 - NARIÑO	8063	24499	32562
15 - BOYACÁ	1323	24023	25346
68 - SANTANDER	3616	20138	23754
25 - CUNDINAMARCA	2176	19049	21225
41 - HUILA	5000	15420	20420
19 - CAUCA	4264	15798	20062
73 - TOLIMA	2823	13314	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 2 y la figura 5.

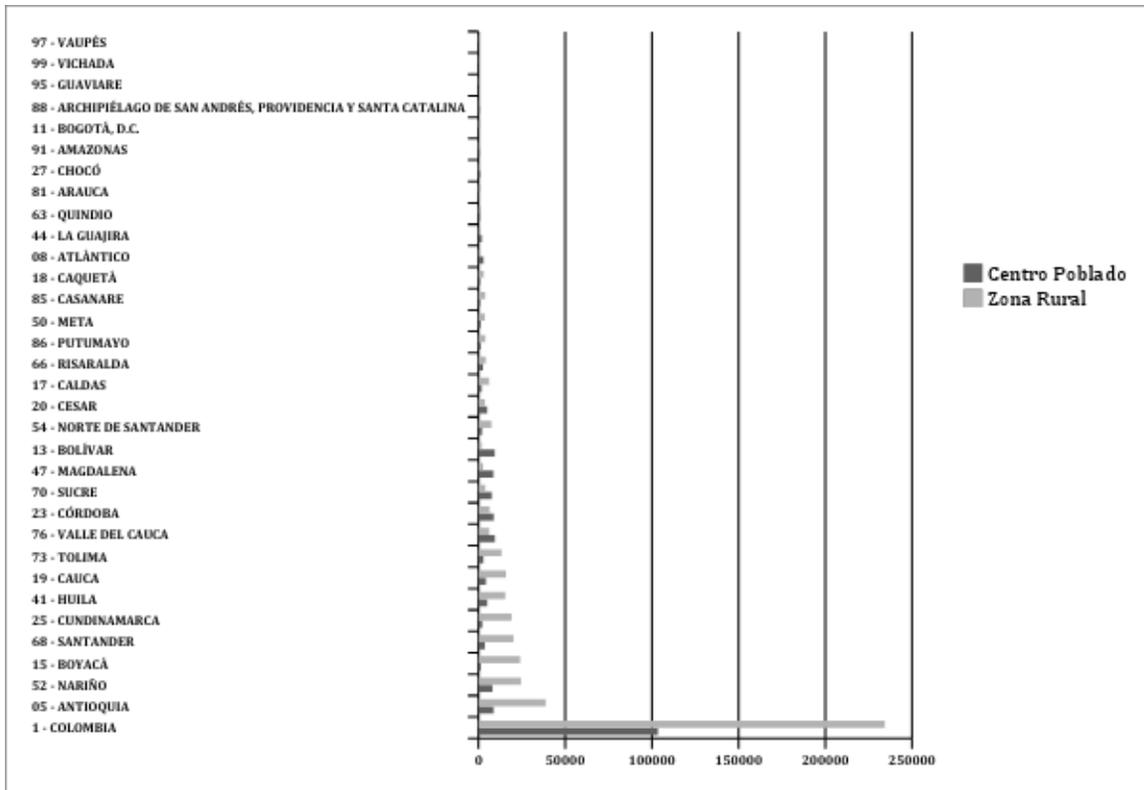


Figura 5. Ubicación PcD por departamentos en centro poblado y rural

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 3.

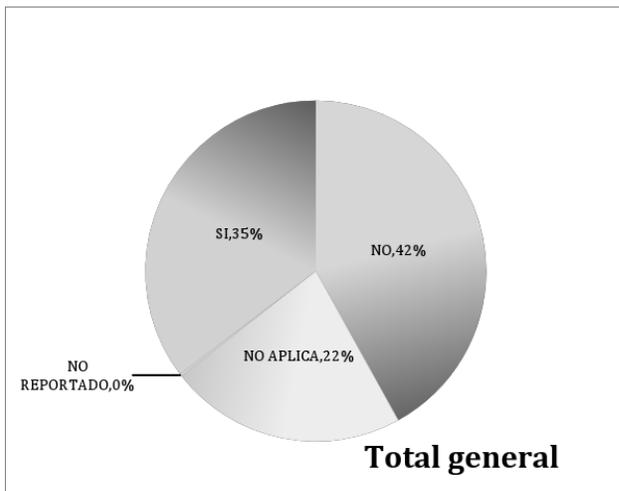


Figura 6. Distribución porcentual de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.

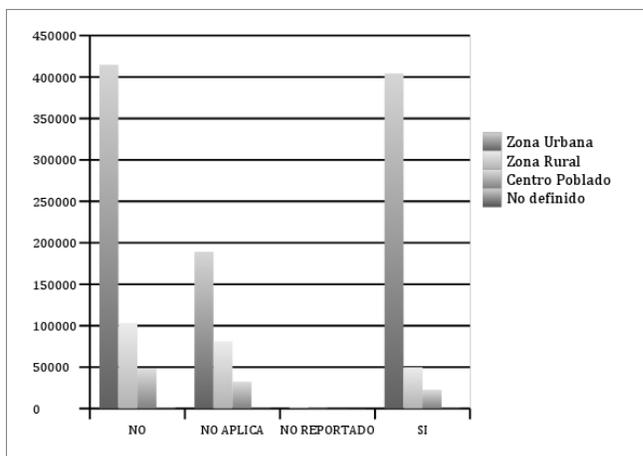


Figura 7. Distribución de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.

En cuanto a la distribución por zonas la tabla 3 y la figura 7 muestran que es constante la respuesta del no, independientemente la zona registrada. Las figuras 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 3.

PcD que asisten a servicios de rehabilitación según zonas

ZONA	NO				Total general
	NO	APLICA	REPORTADO	SI	
Zona Urbana	414605	189022	1522	404437	1009586
Zona Rural	189022	81053	536	49672	234312
Centro Poblado	1522	191	22847	103505	103505
No definido	404437	1119	706	259	2604
Total general	566585	303438	2508	477476	1350007

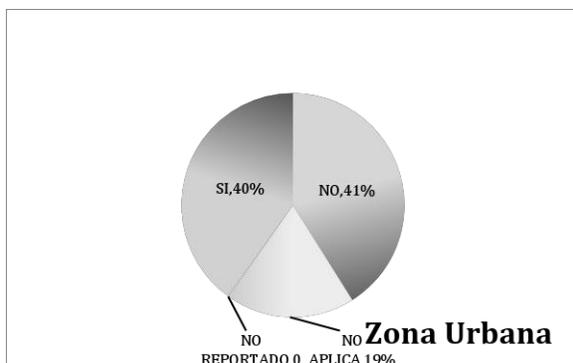


Figura 8. Distribución porcentual en zona urbana de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.

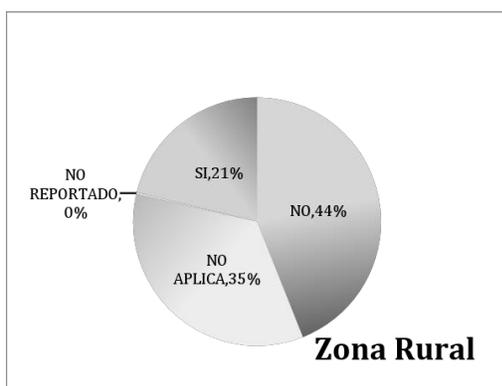


Figura 9. Distribución porcentual en zona rural de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.

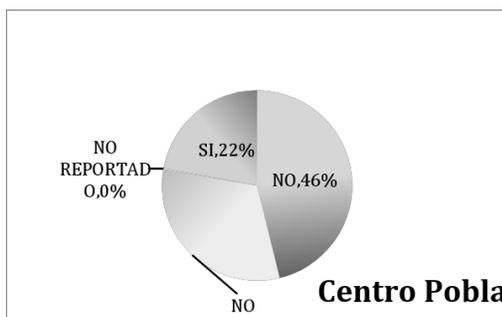


Figura 10. Distribución porcentual de centro poblado de PcD que asisten a servicios de rehabilitación.

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 4.

PcD que han recibido atención por su discapacidad.

	NO	NO REPORTADO	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

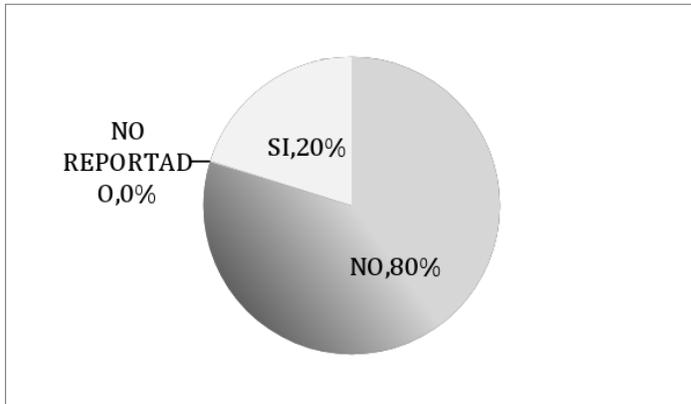


Figura 11. Distribución porcentual de PcD que han recibido atención por su discapacidad total general.

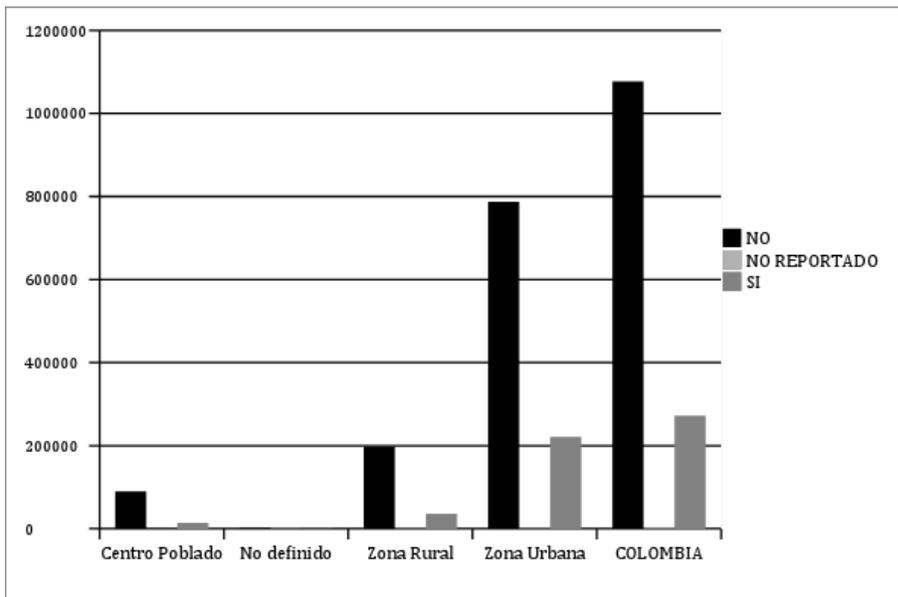


Figura 12. Distribución PcD que han recibido atención por su discapacidad por zonas

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 5 y figura 13. Respecto a la respuesta asociada

con el si (14%) se evidencia que se reporta en mayor proporción en zona urbana, ver figura 14.

Tabla 5.

Municipio cuenta con servicios de rehabilitación

	Centro Poblado	No definido	Zona Rural	Zona Urbana	Total general
NO	53459	1243	123412	342851	520965
NO DEFINIDO	39449	1087	89122	509912	639570
SI	10597	274	21778	156823	189472
Total general	103505	2604	234312	1009586	1350007

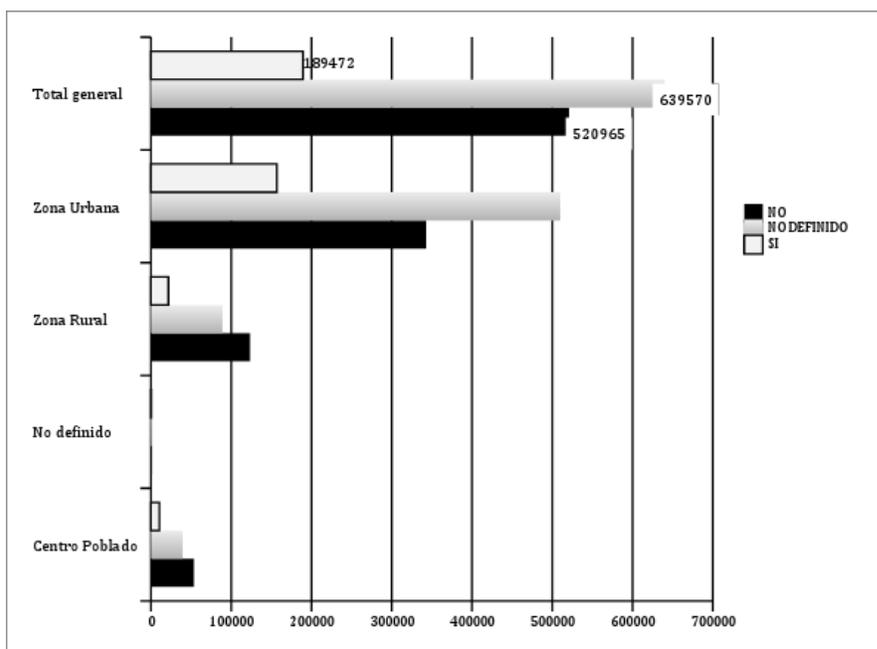


Figura 13. Distribución Pcd que reportaron servicios de rehabilitación por zonas

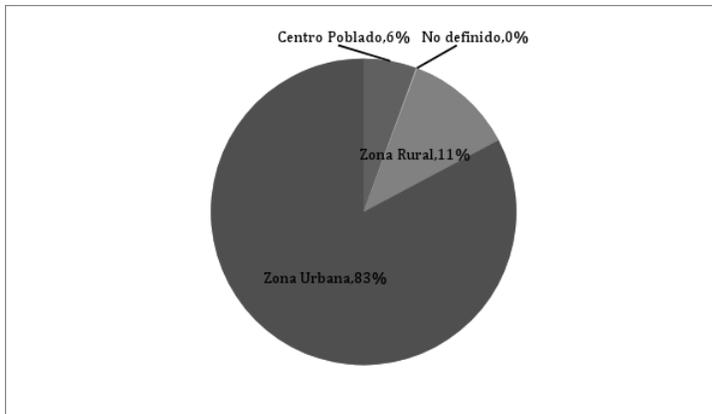


Figura 14. Distribución porcentual de PCD que reportaron que **sí** contaban con servicios de rehabilitación por zonas

El instrumento de registro indaga las razones por las cuales las PCD no reciben servicios de rehabilitación, en la tabla 6 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 la figura 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 6.

Porque no recibe servicios de rehabilitación

	Centro Poblado	No definido	Zona Rural	Zona Urbana	Total general
COLOMBIA	103505	2604	234312	1009586	1350007
No definido	39250	1067	88512	507462	636291
Falta de dinero	31753	632	63954	194756	291095
No sabe	12870	408	33408	106639	153325
No ha sido autorizado por el asegurador	6181	185	14350	64922	85638
Ya termino la rehabilitación	3217	92	7467	55901	66677
El centro de atención queda muy lejos	5090	83	14034	21101	40308
Cree que ya no la necesita	2422	66	5143	26451	34082
No le gusta	1690	44	4397	21832	27963
No hay quien lo lleve	1032	27	3047	10522	14628

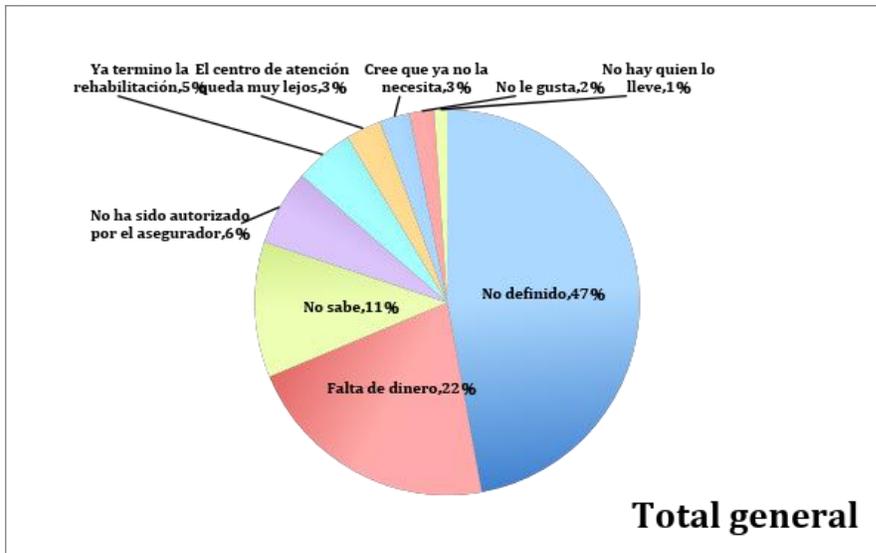


Figura 15. Distribución porcentual de PcD del por qué no recibe servicios de rehabilitación a nivel general

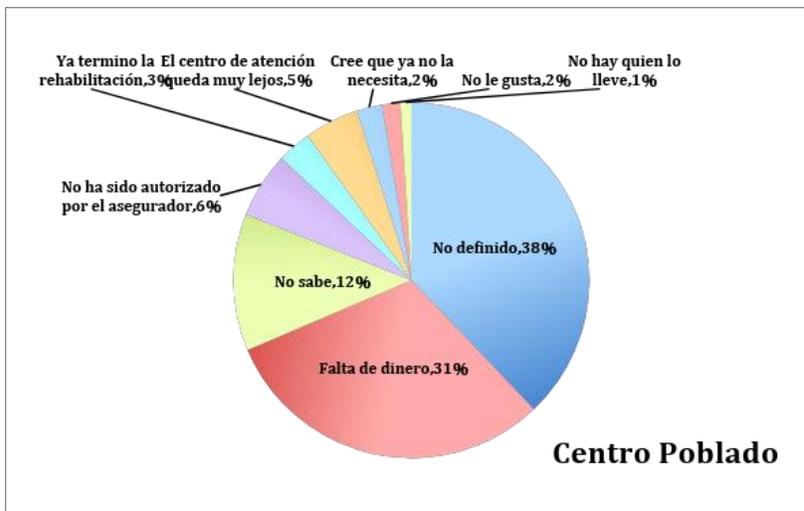


Figura 16. Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en centro poblado.

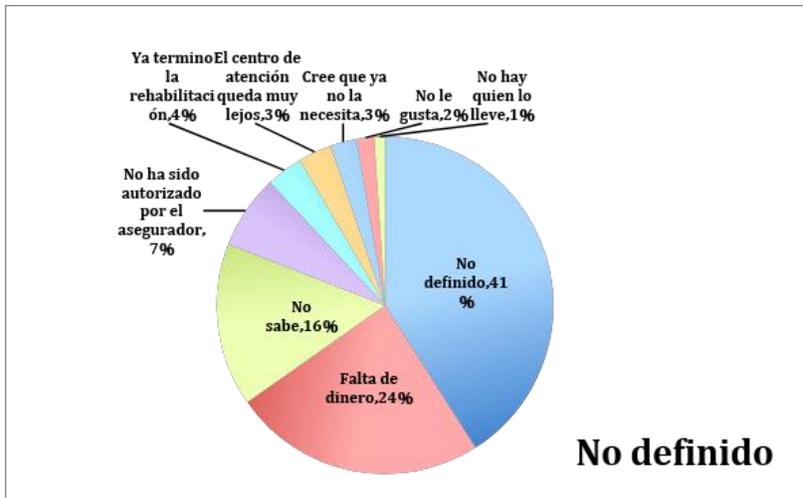


Figura 17. Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en categoría No definido.

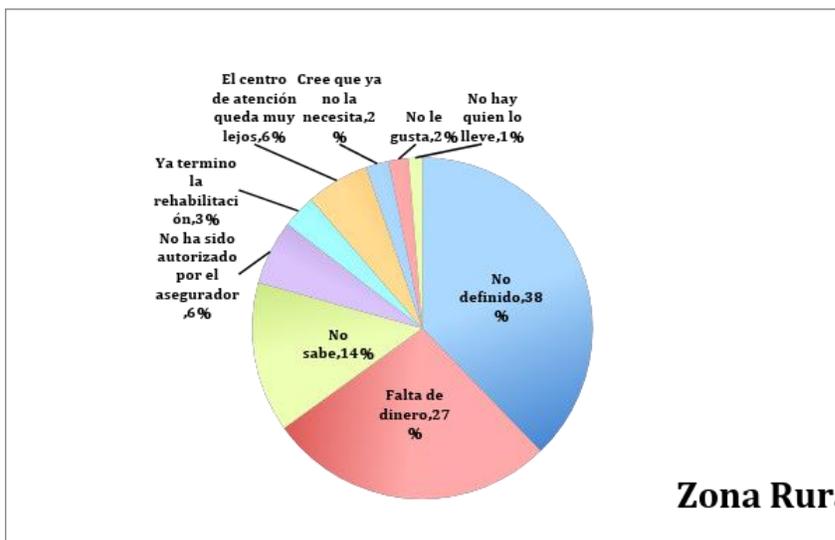


Figura 18. Distribución porcentual de PcD del porque no recibe servicios de rehabilitación en zona rural



Figura 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 7 muestra el número de servicios registrados en zona rural y centro poblado solamente.

TABLA 7. SERVICIOS DE REHABILITACION DE ACUERDO A 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 FONOAUDIOLÓGICA 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 FONOAUDIOLÓGICA +	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 FONOAUDIOLÓGICA 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 FONOAUDIOLÓGIA +	84	161	245
890112 - ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA +	70	139	209
937200 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA 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 FONOAUDIOLÓGICA 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 FONOAUDIOLÓGICA 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 FONOAUDIOLÓGIA §	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 TREINTA OCHO 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 concierne, 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 sus 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 termino "No definido" en muchas de las opciones de respuesta, ésta categoría no permite determinar las características particulares y es una de las respuesta 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 de 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 las 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 la 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 resolutiva 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 para 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 criterios específicos 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

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 del 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).

El Sumapaz en el Plan Territorial de Salud PTS de Bogota D.C 2016- 2020:

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 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 un atención integral permite tener un marco óptimo para instalar servicios de rehabilitación ligados a la Atención Primaria en Salud

Capítulo IV- Resultados

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

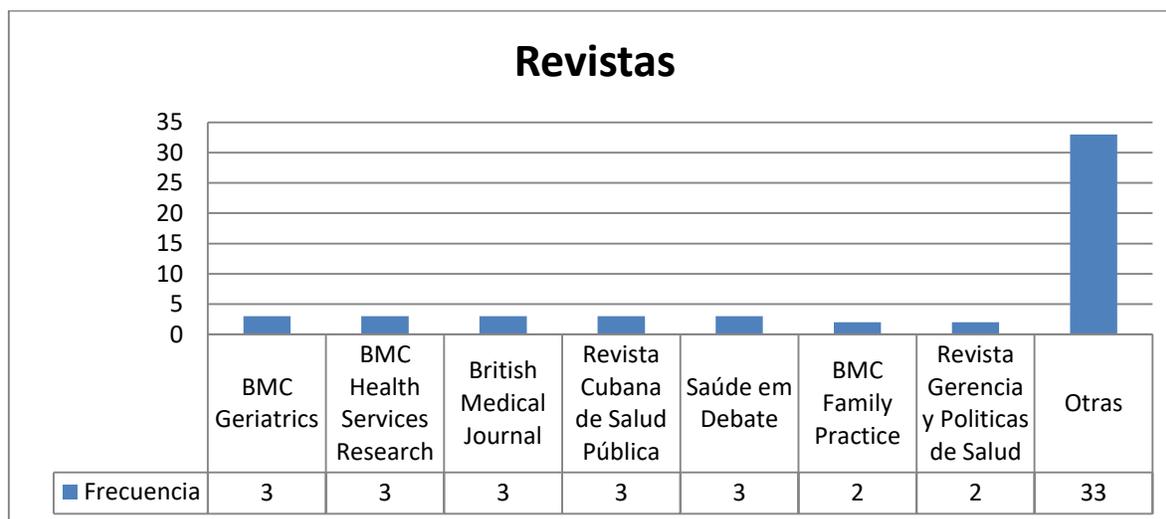
Figura 1. Frecuencias de productividad por año



En la figura 1 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.

Frecuencias de productividad por revistas

Figura 2.



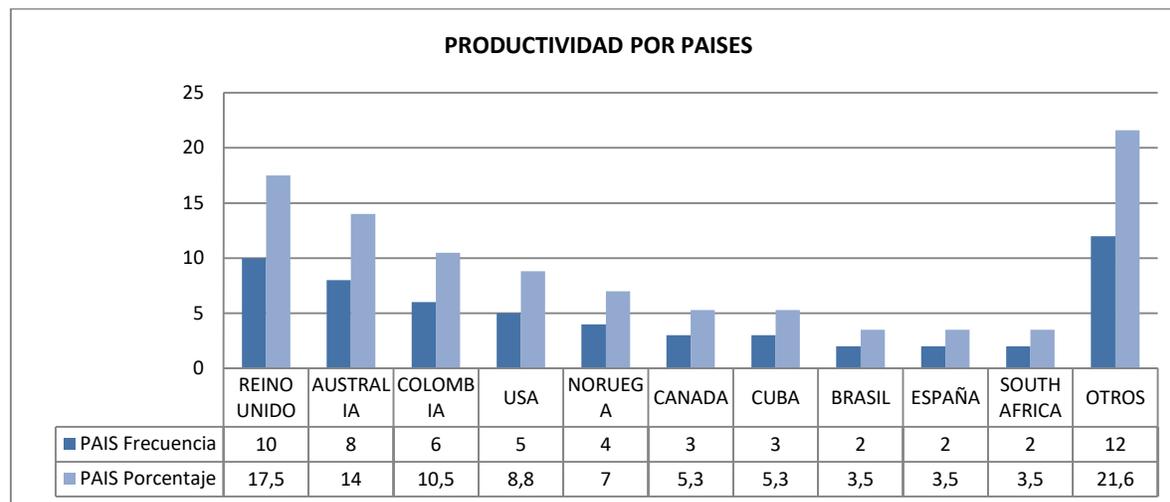
En cuanto a la productividad por publicaciones se evidencia que no es posible reconocer el liderazgo de una en particular, esto en virtud de que la mayor productividad registrada es únicamente de 3 artículos sobre el tema, que es compartida por 5 publicaciones. De este apartado se destaca que dentro 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).

Frecuencias de productividad por Países

Figura 3.



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

Research													
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 2 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 3. 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 3 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 4. 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 5. 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
Kjekken 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 es

análisis

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 6. 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.

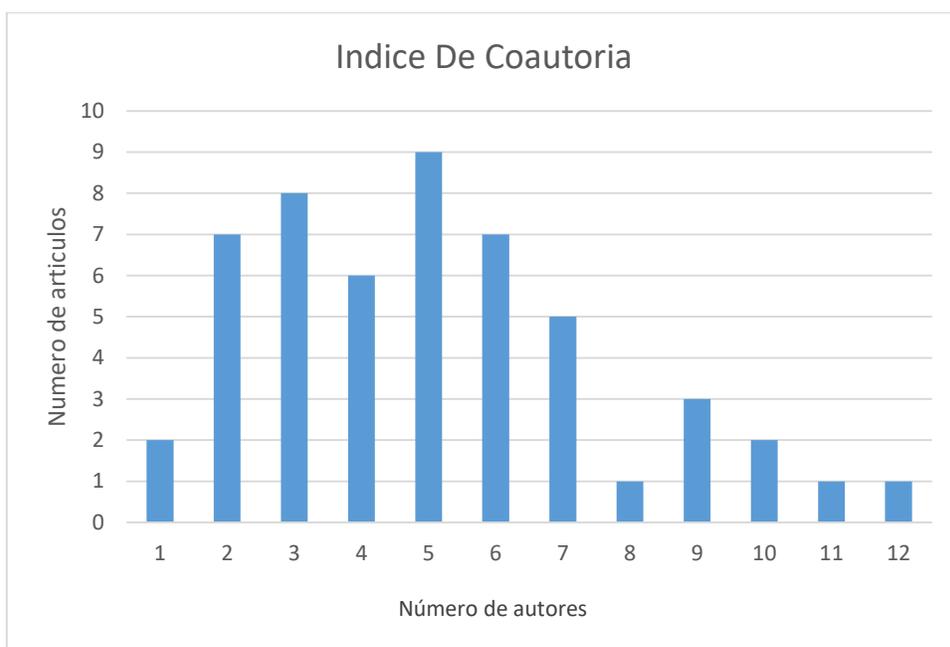
Índice de coautoría

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.

Figura 4. Índice de Coautoría



Por otro lado, la tabla 7 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 7. 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 mas 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.

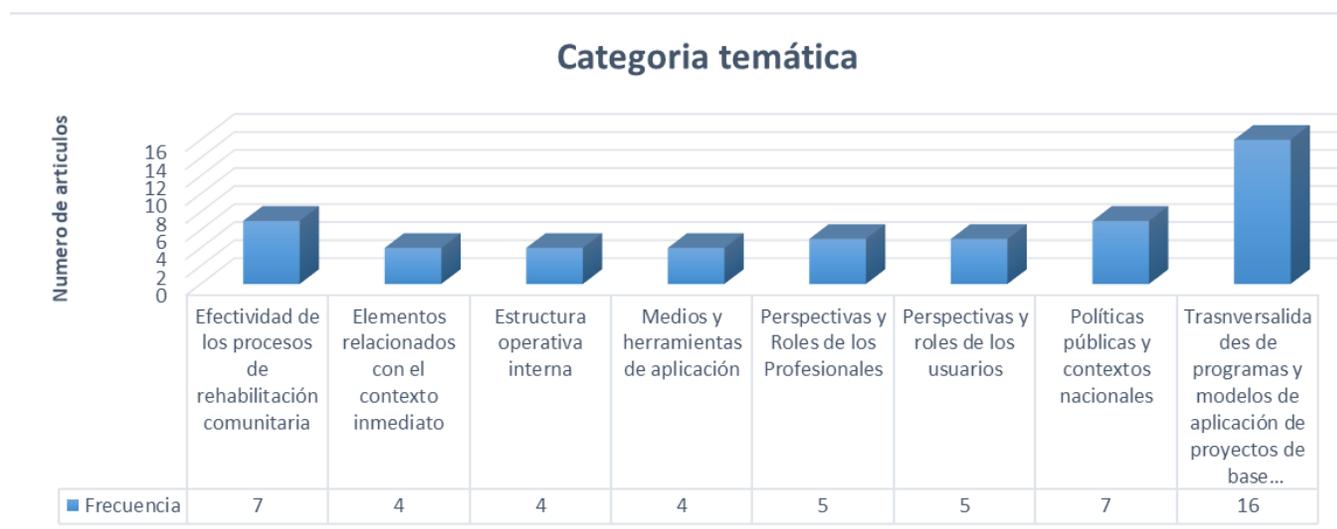
Perspectivas y roles de los usuarios: este apartado toma en cuenta la perspectiva que las personas que participan como usuarios (pacientes, familiares, cuidadores, comunidad) tienen de la atención primaria en salud, de los procesos de intervención en zona rural y los programas que reconocen sus necesidades 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.

Figura 5. Categorías temáticas.



CATEGORIZACION DE LOS ESTUDIOS

La investigación arroja 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 consignadas 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:

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 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 (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, entre otros).

Siguiendo con la línea de la importancia de los equipos de trabajo, en algunos textos, sobre todo en la investigación Gage, se hace mención a la importancia que tienen los procesos de cuidado, o sea, personal capacitado, pero no profesionales de la salud,

para ser promotores e interventores de los procesos de rehabilitación sobre todo en lugares de difícil acceso.

Así mismo López, Borg & Mosquera reconocen la importancia de que la rehabilitación integral sea un proceso continuo, pero 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.

Otro concepto que aparece y que toma gran relevancia es el papel del estado en el diseño de las políticas de rehabilitación, y se le da gran importancia o protagonismo al papel de creador de estrategias de sostenimiento económico de estos procesos pues menciona Bromet, et. al (2011) que en la mayoría de los casos de APS se observa que los usuarios de áreas rurales, sobre todo marginadas, no tienen acceso suficiente a este servicio, dadas las condiciones de marginalidad y falta de recursos económicos hace que para la población usuaria beneficiaria de los procesos de APS vean vulnerado este y otros derechos.

Otro elemento común de algunos de los textos es el que tiene que ver con la constante capacitación en procesos de rehabilitación dirigida a los profesionales de la salud, los diferentes equipos de apoyo, cuidadores y especialistas de cuidado, la familia y la comunidad en general, dado que en muchas ocasiones la principal estrategia de puesta en marcha de ejercicios de rehabilitación tiene que ver con la RBC, lo cual obliga a que haya actores no necesariamente profesionales que acompañen y desarrollen estos procesos, lo que genera la necesidad de una constante capacitación.

Se podría plantear desde los textos y los planteamientos anteriores que los ejercicios de rehabilitación parten principalmente de la voluntad política de los gobiernos los que deben generar procesos de financiación y co-financiación para mejorar la infraestructura ambiental y social que permita el desarrollo y puesta en marcha de los

ejercicios de rehabilitación lo que se verá reflejado en procesos de inclusión social que garanticen el goce efectivo de los derechos para las poblaciones beneficiarias de éstos proyectos.

Categoría Enfoques

En esta categoría se ubican dos aspectos, el primero relacionado con los métodos de análisis, es decir, la base conceptual sobre la cual se observa la realidad de los procesos relacionados con la rehabilitación y la salud. El segundo como guía para la acción, específicamente en el diseño, implementación y evaluación de los procesos o estrategias de rehabilitación, es decir como principios que guían el quehacer de la rehabilitación y se constituyen en elementos transversales.

Cuando los ejercicios de rehabilitación se desarrollan en escenarios clínicos individuales se encuentra un elemento común y es el enfoque centrado en la persona. Hay otro elemento que aparece que son los enfoques sociológicos en donde la capacidad de acción e intervención se traslada de las inscripciones médicas a la comunidad, familia y a la escuela y la idea es que en el diálogo entre profesionales de la salud y comunidades se desarrollen procesos que minimicen los esfuerzos y los costos.

Continuando con el tema de los enfoques aparece el enfoque de derechos, el cual se desarrolla poniendo énfasis en elementos como la promoción y prevención de la salud, elementos que generan que la familia y la comunidad actúen en la construcción de bases para promover la participación social, lo que tendría como consecuencia un cambio de paradigma en el cual se entiende que la recuperación no necesariamente se asume como el alivio de los síntomas sino más bien es la búsqueda de superar las barreras sociales que encuentren en su proceso vital, es decir, es la vivencia dinámica de relación entre la persona con el ambiente.

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 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.

Actualmente esta discusión entre los modelos mencionados anteriormente tiene como resultado que los procesos de salud y atención a poblaciones con discapacidad tienen que ver mucho con procesos sociales, es decir, partiendo de las características particulares de las personas, se genera una serie de discusiones sociales, estrategias de promoción y prevención propias de la APS que buscan generar comunidades consientes y empoderadas de su papel como gestores de salud, lo cual va de la mano con la atención médica especializada para cada caso en particular.

Categoría 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. Estos 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 la categoría tres que tiene por idea visibilizar los elementos que busquen favorecer la inclusión social de las personas con discapacidad o alguna enfermedad que afecte sus capacidades, aparece la primera está la estrategia de que es la planificación centrada en la persona, en la cual se busca hacer un ejercicio de reconstrucción de la historia de vida de cada individuo 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.

Siguiendo los planteamientos de Bradley las intervenciones tempranas deben tener la siguiente característica, deben brindar información sobre los síntomas, la recuperación, las posibles lesiones adicionales, 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. Todo lo anterior serán facilitadores para retomar su vida lo más cercano a lo que hacían antes de la lesión.

Lo anterior es concebido como la terapia del autocuidado, en la cual todo funciona solamente con la corporalidad del que adquirió o desarrolló la discapacidad. En las investigaciones realizadas se observa que los procesos de hospitalización tienen consecuencias bastante negativas sobre la vida de las personas, según los resultados de Sherrington, existe un mayor riesgo de que personas sin discapacidad que han sido hospitalizadas por complicaciones de salud tienen más riesgo de desarrollar una discapacidad que quienes por los mismos diagnósticos no fueron hospitalizados.

Siguiendo con la postura anterior pero desde otra dimensión, Mirza rescata 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 y que además estén dentro de la cultura propia del niño y su familia.

Más adelante otro autor nos muestra el impacto positivo que tienen elementos como la práctica de deporte, los aeróbicos y otras prácticas parecidas sobre las técnicas de rehabilitación en consultorios. Dentro de los textos consultados se muestra como una categoría que puede tener consecuencias positivas sobre la salud de los niños y jóvenes con discapacidad la constante capacitación hacia los profesionales de la salud, las familias y quienes conforman la comunidad cercana de las personas objetivo de los ejercicios de rehabilitación.

El aporte de los investigadores y sus trabajos a esta categoría nos permiten reflexionar en torno a varios elementos: la necesidad de des-hospitalizar los ejercicios de rehabilitación, esto no implica que los profesionales de la salud pierdan su protagonismo en estos procesos, sino simplemente generar una mirada no tan clínica de la rehabilitación, además nos obliga a involucrar a otros actores sociales que tienen fuerte incidencia dentro de la vida de las personas con discapacidad, por ejemplo la familia, los maestros, los compañeros de clase, los vecinos, entre otros, lo que nos llevaría a validar y visibilizar la rehabilitación como un proceso biopsicosocial en el cual tienen protagonismo un sinnúmero de actores sociales.

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.

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 la 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.

Mapeo Territorial Sumapaz

Análisis					
Densidad poblacional total	726%	Numero de habitantes vs cantidad de prestadores de servicios de salud	0	Cantidad de prestadores de Nivel primario	2
Densidad según PCD	58%	Numero de prestadores de salud vs cantidad de veredas o centros poblados	0	Cantidad de prestadores de Nivel complementario	0
Relación PCD vs Poblacion total	8%	Numero de prestadores con servicio de fisioterapia	0	Cantidad de prestadores de servicios de p y p	2
Numero de prestadores con servicio de fonología	0	Numero de prestadores con servicio de Terapia Ocupacional	0	Numero de prestadores con servicio de psicología	0

CAPITULO VI. DISCUSION.

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 esta 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 facilitaran 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 interdisciplinaria o más allá como la transdisciplinaria? 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 éstas 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. & Edwars, 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 citado por 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 Papen 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 a 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).

Capítulo VI - Conclusiones

Cumplimiento de Objetivos específicos y Aportes

Las fases 1 y 2 del proceso investigativo permitieron sentar las bases conceptuales e instrumentales para el análisis de los servicios de salud de base comunitaria en diferentes contextos a nivel nacional, lo que es consonante con los objetivos propuestos al inicio del año.

Además, estas fases permitieron el diálogo con actores estratégicos en los territorios definiendo así los actores claves que facilitarían el análisis de la información según lo propuesto durante las fases 3 y 4.

El panorama de las funciones que los trabajadores de la rehabilitación se enmarca en una de las dimensiones que emergieron del componente documental, por lo que es necesario explorar con mayor énfasis la incidencia de los rehabilitadores en las otras áreas de trabajo.

Finalmente, el ejercicio documental se aterriza en la caracterización de los territorios de trabajo sobre la base del análisis riguroso de la información sobre el uso de servicios de rehabilitación y de personas con discapacidad a nivel nacional, obtenidos del análisis del registro de caracterización y localización de personas con discapacidad y los RIPS.

Líneas Futuras

Dar continuidad a las fases 3 y 4, de análisis de la información y escritura de resultados. Además, se propone fortalecer el trabajo con otras instituciones que se encuentren desarrollando el tema en una gran alianza nacional por la rehabilitación desde el componente primario de atención en salud.

Dar continuidad a los procesos de construcción de productos de nuevo conocimiento derivados.

Producción asociada

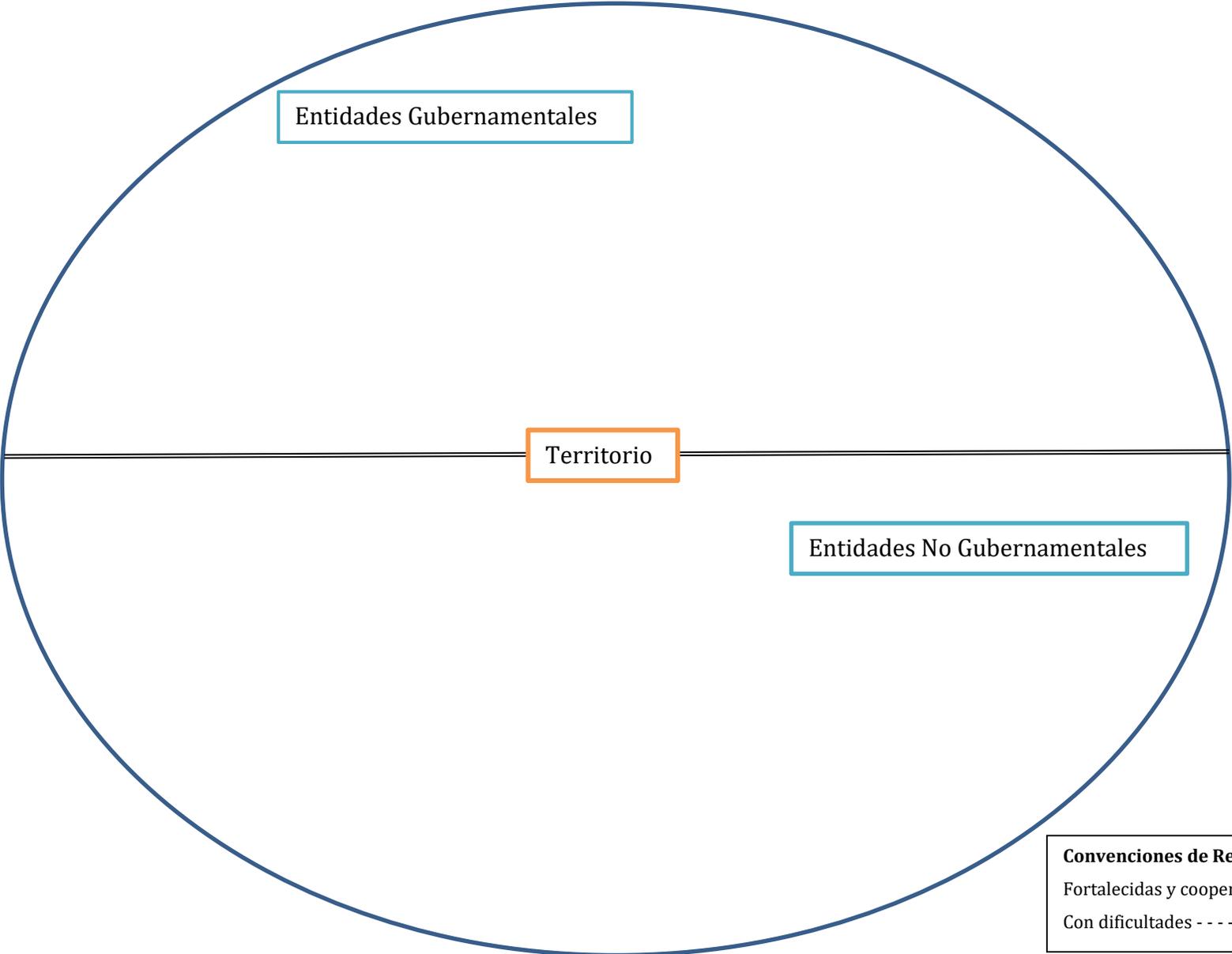
Se realizó la ponencia denominada Orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación para el componente primario de atención en salud, Fase 1. Presentado en el evento organizado por la escuela Colombiana de Rehabilitación: Diálogos para la Construcción de Territorios de Paz desde la Salud y la Rehabilitación, en septiembre de 2017.

Se sometió el artículo denominado Procesos de rehabilitación de base comunitaria. Un estudio bibliométrico. A la revista de la sociedad española de Rehabilitación, *Rehabilitación*, ubicada en q4 según Scimago.

Se sometió el artículo denominado Diálogos entre APS y Rehabilitación: Construcciones desde el Componente primario de atención, en la *revista Cubana de Salud Pública*, Ubicada en Q3, según Scimago.

ANEXOS

Anexo 2. Mapeo de actores gubernamentales y no gubernamentales



Mapeo de actores gubernamentales y no gubernamentales

Nombre del Territorio: _____

Entidades Nacionales Gubernamentales	Acciones que realizan alrededor de la salud y la rehabilitación	Esquema de operativo, representantes, funciones	Red intersectorial, lazos y acciones con otras entidades y sectores, qué entidades y sectores
1.			
2.			
3.			
4.			
Entidades Locales Gubernamentales			
1.			
2.			
3.			
4.			
Entidades Nacionales o internacionales no gubernamentales			
1.			
2.			
3.			
4.			
Entidades Locales no gubernamentales			
1.			
2.			
3.			
4.			

Anexo 3. Mapeo actores comunitarios de base

Nombre del Territorio: _____

Nombre	Rol que asume dentro de la comunidad	Actividades que realiza dentro de la comunidad	Relación con los procesos de discapacidad
1.			
2.			
3.			
4.			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

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?

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- 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.
- 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>.
- 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.

Cuervo C. (1998). *La profesión de fonoaudiología. Colombia en una perspectiva internacional*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

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

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.

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.

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.

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.

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>.

Gonzalez 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.

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.

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.

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 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.

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, 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, 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.

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.

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.

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>.

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.

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.

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.

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.

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, 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 methods study. *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 support. *Implementation Science*, 6 (56).

Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*. 36 (94), 327-342.

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.

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.

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.

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.

Valderrama, J., (2012). El editor, información tecnológica. En síntesis SClmago. *Formación universitaria*, 5 (5), 1. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062012000500001>

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.

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>.

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.

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

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

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>

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>