

**DISEÑO DE UN MODELO DE GESTION PARA LA INTERVENCIÓN EN
DISCAPACIDAD FUNDAMENTADO EN LA ESTRATEGIA DE
REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD PARA EL MUNICIPIO DE
PEREIRA**

MARIO ANDRES ESPINOSA ACOSTA
JHON JAIRO ABELLO MUÑOZ

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD.
PEREIRA
2010.**

**DISEÑO DE UN MODELO DE GESTION PARA LA INTERVENCIÓN EN
DISCAPACIDAD FUNDAMENTADO EN LA ESTRATEGIA DE
REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD PARA EL MUNICIPIO DE
PEREIRA**

MARIO ANDRES ESPINOSA ACOSTA
JHON JAIRO ABELLO MUÑOZ

Trabajo de grado para optar al título de
Especialistas en Gerencia de Sistemas de Salud.

Asesor
Dr. Ricardo Gómez Ossa

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD.
PEREIRA
2010.**

	Nota de Aceptación
	Presidente del Jurado
	Jurado
	Jurado

Dedicatoria

A Mi abuela Aura (q.e.p.d.) por todo su amor y fe en mí, por creer en mi futuro por impulsar mis sueños. A mi madre y mis hermanas por ser el motor de mi vida, a toda mi familia por su apoyo incondicional

Al señor Ovidio Aricapa (q.e.p.d.), mi paciente, mi amigo, alguien que con sus ojos me mostro el camino.

Agradecimientos

Al Doctor Ricardo Gómez y su familia por facilitar y apoyar la realización de este trabajo, a la Secretaria de Salud y Seguridad Social y al Doctor Cristian Herrera por su apoyo y a los integrantes del equipo del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles

A Diana por su apoyo incondicional en los momentos críticos de la realización de este trabajo.

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	11
1. JUSTIFICACIÓN.....	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
3. FORMULACION DEL PROBLEMA	25
4. MARCO DE REFERENCIA	26
4.1 MARCO DE REFERENCIA	26
4.1.1 Educación.	30
4.1.2 Salud.....	32
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	33
4.2.1 Discapacidad.....	33
4.3 REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC)	35
4.4 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA RBC.....	37
4.5 ELEMENTOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN EL MODELO DE INTERVENCIÓN	40
4.5.1 Teoría de la Discapacidad.....	40
4.5.2 Intervención en Discapacidad	42

4.5.3	Elementos de análisis que explican su aplicación a la realidad	46
4.6	MARCO LEGAL.....	48
4.6.1	De cubrimiento general	49
4.6.2	Específicos para discapacidad.....	49
4.6.3	Convenios	50
4.6.4	Documentos técnicos:	50
4.6.5	Legislación Colombiana en Materia de Discapacidad:	50
4.6.6	Legislación específica para discapacidad	51
4.6.7	Trabajo e inserción laboral	52
4.6.8	Educación decretos.....	53
4.6.9	Recreación y deporte	54
4.6.10	Comunicación	54
4.6.11	Transporte y accesibilidad	54
5.	OBJETIVOS.....	55
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	55
5.2	ESPECÍFICOS.....	55
6.	METODOLOGIA	56
7.	ELEMENTOS METODOS Y TECNICAS DE LAS EXPERIENCIAS RBC	59
8.	RESULTADOS	70

8.1	RESULTADOS PARA OBJETIVO UNO	70
8.1.1	Plataforma del programa.....	70
8.1.2	Modelo de RBC propuesto para la secretaria de salud de Pereira	71
8.1.3	Guía para el desarrollo del modelo	72
8.1.4	Descripción de las actividades a desarrollar	81
8.2	RESULTADOS PARA OBJETIVO DOS	82
8.3	RESULTADOS PARA EL OBJETIVO TRES	84
9.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	88
10.	BIBLIOGRAFÍA	90
11.	ANEXOS.....	93
11.1	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y COSTO DE RECURSO HUMANO PROYECTO DE RBC PEREIRA 2010.	93
11.2	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y COSTO DE RECURSO HUMANO PROYECTO DE RBC PEREIRA 2010. Diagrama Metodológico.	94

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población y rangos de edad proyección censo DANE 2010.

Tabla 2. Población Discapacitada por rango de edad y género

Tabla 3. Presencia de Limitaciones Permanentes por Comuna

Tabla 4. Principales estructuras o funciones afectadas

Tabla 5. Personas con Discapacidad Por Nivel Educativo

Tabla 6. Causas de Inasistencia Escolar

Tabla 7. Indicadores generales para el cálculo de actividades en el programa de RBC del municipio de Pereira 2010

Tabla 8. Indicadores Generales para el Cálculo de actividades por Tiempo de Actividad y Recurso humano Necesario

Tabla 9. Indicadores Generales para el Cálculo de Referencia de salario por profesional

Tabla 10. Precio por Beneficiario del Programa Primer Trimestre.

GLOSARIO

- ASCOPAR: Asociación Colombiana para el Desarrollo de Personas con Discapacidad
- CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
- CRAC: Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos
- CIPRES: Centros Integrales para la Superación Educativa y Social
- CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
- DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- EPS: Entidad Promotora de Salud
- EPSs: Entidad Promotora de Salud Subsidiada
- ESE Empresas Sociales del Estado (prestadoras de servicios de salud)
- FOSIGA Fondo de Solidaridad y Garantía
- GLARP –IIPD: Grupo Latinoamericano para la Participación, la Integración y la Inclusión de las Personas con discapacidad
- ICAL: Instituto Colombiano de Audición y Lenguaje
- ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar familiar
- ICONTEC: Instituto Colombiano de Normas Técnicas
- INCI: Instituto Nacional para Ciegos
- INSOR: Instituto Nacional para Sordos
- IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
- JAL: Juntas Administradoras Locales
- MSR: Manejo Social del Riesgo
- UNESCO: Organización de Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura

- OIT: Organización Internacional del Trabajo
- OMS: Organización Mundial de la salud
- ONG: Organizaciones no Gubernamentales
- PAB: Plan de Atención Básico
- PEI: Plan Educativo Integral
- POS: Plan Obligatorio en salud
- POT: Plan de Ordenamiento Territorial
- RBC: Rehabilitación Basada en la Comunidad
- RCLPD: Registro de Caracterización y Localización de Personas con Discapacidad
- RH: Recurso Humano
- RIPC: Rehabilitación Integral con Participación Comunitaria
- SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje
- SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud.

INTRODUCCION

Los cambios ocasionados en el perfil demográfico, especialmente los relacionados con las modificaciones de los patrones de mortalidad general y aumento de la esperanza de vida, traen consigo un incremento de la carga de discapacidad ocasionada fundamentalmente por la incidencia de lesiones afectivas, físicas y psíquicas producidas por la violencia, el conflicto armado y el desplazamiento, que reflejan una realidad social a la cual se le atribuyen múltiples causas pero que contribuyen a incrementar el riesgo de discapacidad.

La discriminación y la segregación social que han vivido las personas con discapacidad en el curso de la historia, ha llevado a que sus derechos como sujetos sociales hayan sido violados de manera recurrente y en diferentes formas de expresión. En el mundo cerca de 600 millones de personas se encuentran con la problemática del padecimiento de diverso tipos y grados de discapacidad, si a esto le sumamos las familias de las personas con discapacidad, que no son tomadas en cuenta, entonces el número estimado llega a representar el 25% de la población mundial. Aproximadamente el 80% de las personas con discapacidad viven en países con bajos ingresos y en su mayoría son pobres y vulnerables, uno de los mayores retos de las personas con discapacidad es la simple supervivencia, particularmente para aquellos que la presentan de tipo severa y múltiple y en países de pocos ingresos.

A pesar de todos los avances que se han dado en los últimos años, aun hoy, la gran mayoría de personas en situación de discapacidad, no logran tener acceso a los servicios básicos de rehabilitación, siendo esta una gran barrera hacia su calidad de vida, la mayoría de estos se tornan vulnerables dado que no pueden

ejercer sus derechos humanos como "... el derecho a un estándar de vida adecuado para la salud y el bienestar de los individuos y sus familias, incluyendo alimentación, vivienda, vestimenta, cuidados médicos y servicios sociales necesarios...."¹.

La RBC es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidades. La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros"².

Los objetivos principales de la RBC, en primer lugar esta asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarios y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general, en segundo lugar Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, como por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación, aunque la definición de RBC y sus principales objetivos no han cambiado, se ha producido una evolución conceptual y en la participación de los interesados directos. Esta evolución gira en torno a los conceptos de discapacidad y rehabilitación, poniendo

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas, Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), Organizaciones de Personas con Discapacidad, y the Ministry of Social Affairs and Health Helsinki, Finland 2003. Theme Paper. International Consultation on Reviewing Community Based Rehabilitation (CBR).

² Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de Salud (OMS), 2004. *RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.*

el énfasis en los derechos humanos y las acciones para abordar las desigualdades y aliviar la pobreza.

La **discapacidad** ya no se considera la como consecuencia de una deficiencia. El modelo social de la discapacidad ha agudizado la conciencia de que las barreras a la participación son causas muy importantes de discapacidad. La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) incluye las estructuras y funciones del organismo, pero se centra también en las «actividades» y la «participación» tanto desde el punto de vista del individuo como del de la sociedad. Considera además, cinco factores ambientales que pueden limitar las 3 actividades o restringir la participación: los productos y la tecnología, el medio natural y las modificaciones que el ser humano le ha hecho, el apoyo y las relaciones, las actitudes, y los servicios, sistemas y políticas. Ningún país ha suprimido todas las barreras ambientales que contribuyen a la discapacidad.

La discapacidad y la pobreza están fuertemente correlacionadas, la pobreza conduce a un aumento de la discapacidad, y la discapacidad a su vez, genera más pobreza. Por ello, la mayoría de las personas discapacitadas viven en la pobreza. Los estudios demuestran mayores tasas de desempleo en este grupo en comparación con las personas no discapacitadas, incluso en los países industrializados. En los países en desarrollo, donde vive la mayoría de las personas con discapacidad, las tasas de desempleo y subempleo son indiscutiblemente superiores en ese grupo.

En materia de reducción de la pobreza, los países trazan estrategias adaptadas a sus necesidades y capacidades y a solicitan ayuda económica a bancos, donantes y organismos de ayuda internacionales. Es fundamental que las estrategias encaminadas a lograr los ODM y para combatir la pobreza contemplen medidas para garantizar la participación de las personas con discapacidad.

Dentro del desarrollo de la comunidad, la RBC puede considerarse una estrategia de reducción de la pobreza. Las iniciativas comunitarias en pro de la educación de los niños con discapacidad, el empleo de los jóvenes y adultos con discapacidad y la participación de las personas con discapacidad en las actividades comunitarias pueden servir de modelo para estrategias nacionales y políticas de desarrollo, los organismos e instituciones que trabajan para reducir la pobreza han reconocido la importancia de los programas destinados específicamente a las mujeres, quienes contribuyen en grado considerable a la salud, la educación y el bienestar de sus hijos.

La RBC exige la participación de la comunidad y las OPD, pero ni una ni otras pueden trabajar solas para garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. También se necesitan políticas nacionales, una estructura de gestión y el apoyo de diversos ministerios, ONGs y otros interesados directos (colaboración multisectorial).

Los métodos nacionales para la aplicación de la RBC son muy diversos, pero comparten algunos elementos que contribuyen a la sostenibilidad de los programas de RBC. Estos incluyen: I. El apoyo a nivel nacional mediante políticas, coordinación y asignación de recursos. II. El reconocimiento de la necesidad de que los programas de RBC tengan como referente los derechos humanos. III. La voluntad de la comunidad de responder a las necesidades de sus miembros con discapacidad. IV. La presencia de agentes comunitarios motivados. Para hacer efectivos estos importantes elementos de la RBC se necesitan acciones a nivel nacional, intermedio o de distrito, y local.

La participación para las personas con discapacidad, es un derecho que le permite a la población ser parte de la sociedad como cualquier ciudadano y así contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo. En este sentido la

participación promueve el reconocimiento y el ejercicio de los deberes y derechos a través diferentes mecanismos que nacen del contexto social y lo influyen para la toma de decisiones y el fortalecimiento de las redes y organizaciones sociales, convirtiéndose en un principio fundamental para la construcción políticas y las transformaciones sociales.

El modelo propuesto, ofrece beneficios tales como: una total cobertura de la población objeto, un amplio número de actividades por usuario, cuenta con un equipo interdisciplinario y una buena gama de servicios, los cuales ofrecen una alternativa diferente a la atención tradicional del modelo de salud actual, pues con este proyecto se toman aspectos sociales, comunitarios, culturales y familiares, que transforman la atención en salud para las personas con discapacidad, hacia una nueva alternativa de atención en salud, mas global y humanizada.

La RBC es una estrategia eficaz para incrementar la actividad comunitaria en pro de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad mediante su incorporación a programas centrados en los derechos humanos, la reducción de la pobreza y la integración.

1. JUSTIFICACIÓN

La discapacidad es un fenómeno de salud pública que viene en aumento, dado que cada vez son mayores las enfermedades no transmisibles y por causas externas. Sin duda alguna, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad. Otras condiciones que favorecen ese aumento de las discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, el abandono infantil, la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales. La discapacidad relaciona una problemática social y económica, que margina a la población que presenta discapacidad y afecta sus entornos sociales tales como su familia y su comunidad.

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

articulada de diferentes actores (personas, hogares, comunidades, ONGs, niveles de gobierno y organizaciones internacionales)³.

En consecuencia, para tales fines, se considera a la condición de discapacidad y al riesgo de padecerla, como el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales, económicas y sociales, que pueden afectar el desempeño de una actividad individual, familiar o social en algún momento del ciclo vital. Es decir, la discapacidad tiene una dimensión superior a la de un problema de salud individual, y por tanto afecta al individuo en relación con su familia y en su integración social. La discapacidad no necesariamente es una desventaja; es la situación que la rodea y la falta de oportunidades para superar el problema lo que genera tal condición⁴.

El Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007 – 2010, propone una articulación de enfoques para reducir la carga de enfermedad en Colombia y por ende, la correspondiente a discapacidad, así como mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población colombiana. Estos enfoques son: el enfoque poblacional, intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general, que buscan modificar los riesgos en cada uno de los momentos del ciclo vital, el enfoque de determinantes, para intervenir los factores de riesgo ambiental, del comportamiento humano, de la herencia y de la respuesta a los servicios de salud, que sean modificables, y el enfoque de gestión social del riesgo, que busca disminuir riesgos en poblaciones específicas. Para disminuir la incidencia de discapacidad en Colombia, planteada en el objetivo seis, disminuir las

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

⁴ RÅDDA BARNEN, Save the Children Swedish. Los derechos de los/as Niños/as con Discapacidades, ¿Cómo se monitorea el progreso?, Art N° 96-1046, Estocolmo, Diciembre de 1996.

enfermedades no transmisibles y discapacidades, el PNSP propone tres líneas de política: promoción de la salud y calidad de vida; prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños en salud, de igual forma se promueve para este fin la importancia de la vigilancia en salud, la investigación y la actualización del talento humano.

En este contexto, las propuestas de discapacidad desde el plan de salud pública deben orientarse a la prevención de la discapacidad y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad, tanto en los planes territoriales de salud pública como en los planes de acciones colectivas.

La prevención de la discapacidad implica definir acciones que pretenden identificar, controlar, reducir o eliminar los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, tanto en el plano individual como en el colectivo, que se constituye en potenciales causas de de discapacidad.

La falta de acceso a la atención de salud y a la rehabilitación, a la educación, a la formación y al empleo, propicia el círculo vicioso de pobreza y discapacidad.

En el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas adoptaron la *Declaración del Milenio* y fijaron ocho *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM) como guía para cumplir la Declaración. Todos los objetivos guardan relación con la discapacidad y tres conciernen especialmente a las personas con discapacidad y sus familias: 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. 2. Lograr la enseñanza primaria universal. 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

La rehabilitación basada en la comunidad es una estrategia comunitaria que permite dar una solución apropiada para la problemática social que impone el fenómeno de la discapacidad, permitiendo dar respuesta a las necesidades por medio de la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las

personas con discapacidad. Esta se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros⁵.

Este proyecto de desarrollo pretende aportar un modelo de intervención en discapacidad en que se retoman los procesos de participación comunitaria como eje central para el desarrollo social de una comunidad. Estos se han descrito en torno a la estrategia Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) que en esta propuesta se redimensiona teniendo en cuenta las necesidades y dinámicas sociales del municipio de Pereira. En este sentido la Rehabilitación Basada en la Comunidad representa una respuesta ante la necesidad de ofrecer servicios de rehabilitación adecuados para una mayor población de personas con discapacidad. Muchos factores han estimulado la "orientación comunitaria" de la rehabilitación; estos factores incluyen: Los costos crecientes en la atención de la salud, la desigualdad en la distribución de los recursos, las limitaciones en el personal capacitado en rehabilitación, la concienciación de las personas con discapacidad y sus familias, las nuevas demandas que se le están exigiendo a los sistemas de atención de la salud y a los sistemas sociales, los nuevos conceptos acerca de la relativa importancia de la tecnología de punta y la institucionalización, frente a nuevas concepciones comunitarias más participativas e incluso más críticas acerca de cuáles son los determinantes de la salud.⁶

⁵ Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de Salud (OMS), 2004. *RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.*

⁶ William Boyce, Escuela de Terapia de Rehabilitación Grupo de Evaluación de Programas Sociales (School of Rehabilitation Therapy, Social Program Evaluation Group, Queen's University, Kingston, Canadá) Disability world vol 9 junio – agosto 2003.

Los recursos nacionales pueden asignarse al programa RBC de diversas maneras. Una de ellas consiste en la asignación directa de fondos para financiar aspectos del programa como la formación o el fortalecimiento de los servicios de apoyo. Otra se basa en incluir un componente de discapacidad en todas las iniciativas para el desarrollo, y en particular en los programas de la estrategia para la reducción de la pobreza. El gobierno puede también alentar a las ONG, las empresas y los medios de comunicación para que apoyen la RBC.

La OMS, la OIT y la UNESCO subrayan la importancia de la participación de las personas con discapacidad en la planificación e implementación de los programas de RBC, la necesidad de una mayor colaboración entre los sectores que prestan los servicios utilizados por las personas con discapacidad, y la necesidad de apoyo estatal y políticas nacionales en materia de RBC.

Todos los países y sectores deben adoptar la rehabilitación basada en la comunidad como una política y una estrategia relacionada con los derechos humanos y con la reducción de la pobreza entre las personas con discapacidad; prestando apoyo a programas de RBC de ámbito nacional; y creando las condiciones para una colaboración multisectorial orientada a incorporar la RBC al desarrollo comunitario.

Existe un interés muy importante en medir el impacto de las oportunidades de trabajo de las personas con discapacidad a nivel mundial y nacional. Los resultados muestran que una importante cantidad de países utilizan los censos de población y las encuestas de hogares para compilar estas estadísticas, lo que significa que los datos se recogen cada 5-10 años solamente de manera puntual. Otra dificultad es sobre la definición de discapacidad la cual procede de leyes nacionales o creadas especialmente para uso en estadísticas por ministerios u organizaciones no gubernamentales. Menos del 50% de los países utilizan las normas internacionales usadas en estadística sobre discapacidad. Los trabajos del

“Washington City Group” tendrían que tomarse en consideración, pues planean el desarrollo de varias normas acerca de la discapacidad en general, basadas en la clasificación internacional de Deficiencias, Incapacidades y Minusválidos de la Organización Mundial de la Salud que se adaptan a los censos de población, las encuestas de hogares o cualquier otra fuente de datos.

Un artículo publicado en 2005 por la revista de salud pública denominado Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia, revela que: El análisis estableció que la vulnerabilidad debida a la discapacidad es diferente según: El perfil de las PCD se caracteriza por tener bajo nivel educativo, percibir y vivir con menos de un salario mínimo mensual, estar desempleadas, ubicarse en los estratos uno y dos, hacer parte de los hogares calificados como pobres, ser varones y vivir en el área rural.

Por otra parte este artículo evidencia que: Si se toma el rango de edad de 20 a 64 años (n= 4 727), (potencialmente productivos y sin edad de pensionarse), el 72 % se encuentran incapacitados para trabajar y tan solo el 1,5 % reciben pensión. En costos, asumiendo una pensión igual a un SMMLV, representa cerca de 300 millones de pesos por año. La conversión señala la pérdida de 0,2 SMMLV por persona al año. Tan solo un 19 % de las PCD entre los 18 y 64 años de edad respondieron estar trabajando. Del mismo grupo, el 92,4 % reciben uno o menos de un SMMLV. El restante 81 % no participa del trabajo; asumiendo un ingreso equivalente a un SMMLV para este grupo, la pérdida absoluta representaría cerca de 20 500 millones de pesos por año, una pérdida aproximada de 15 SMMLV por persona al año⁷.

⁷ Hernández Janeth -Jaramillo, Hernández Iván, Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia [artículo en internet], 2005 [consulta: 12 de enero de 2009] Rev. Salud

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización de las Naciones Unidas estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de las cuales unas 400 millones están en los países en vías de desarrollo. En la Región de las Américas existen aproximadamente 60 millones de personas con discapacidad.

En Colombia el DANE, de acuerdo con los datos obtenidos, el número de personas con limitación paso de 593.000 personas (1.85%) en 1993 a 2.647.000 personas en (6.47%) en 2005. La población en condición de discapacidad identificada en el Municipio de Pereira es de 25.293 personas, encontrándose un alto porcentaje de hombres y mujeres entre los 35 y 59 años, lo que equivale al 34% del total de la población registrada; Así mismo se evidencia un número significativo de niños, niñas y adolescentes representados en un 17%. (Censo General de Población 2005) Según datos del Registro de localización y caracterización parcial de personas en condición de discapacidad realizado por el municipio en el año 2.006, de 6.173 personas registradas el 72% que se encuentran en edad productiva (15 a 65 años), no tienen vinculación a procesos productivos o de empleo. Así mismo los procesos de vinculación a programas de habilitación y rehabilitación sobre todo para la población infantil y adolescente son deficientes, dado que las coberturas institucionales son muy bajas. Considerando que todas las personas tienen igualdad de derechos y que para garantizar estos, se requiere de la participación del conjunto de la sociedad, es importante destacar el tema de la accesibilidad como punto de partida para alcanzar el máximo de integración y de participación en todos los ámbitos a los que por derecho y deber

pertenece, tales como la familia, la escuela, el ocio, la recreación, la cultura el trabajo y la vida social. Las dificultades en la accesibilidad generadas por las intervenciones físicas, realizadas tanto por particulares como por el estado son evidentes en todo el municipio, ocasionando dificultades para el desarrollo de las capacidades y potencialidades de las personas en condición de discapacidad. Según el registro de localización y caracterización de 6.173, describieron como lugar que impide su desarrollo cotidiano la vivienda el 43%, la vía pública el 34% y el transporte el 25%. Información extraída de el plan de desarrollo de Pereira línea humana del aparte de poblaciones prioritarias.

Según el registro de caracterización y localización de personas con discapacidad el 69% de las personas encuestadas, presentan algún tipo de afiliación, el 31% no presenta afiliación alguna, de las personas con afiliación a salud, de estas el 50,8% pertenecen al régimen contributivo, y el 46,7% al régimen subsidiado y el 2,5% al regímenes especiales. El acceso oportuno y ecuánime que las personas con discapacidad tengan a los servicios de rehabilitación – habilitación y promoción y prevención del sistema de salud permitirán una mejor calidad de vida, así mismo la utilización de estos servicios por parte de las personas con discapacidad requiere de una disposición adecuada y amplia infraestructura, el municipio de Pereira cuenta con instituciones prestadoras de servicios de salud que en total suman 14 IPS, 8 centros de salud y 17 puestos de salud.

En todos los países, en desarrollo y desarrollados, la Rehabilitación Basada en la Comunidad representa una respuesta ante la necesidad de ofrecer servicios de rehabilitación adecuados para una mayor población de personas con discapacidad. Muchos factores han estimulado la "orientación comunitaria" de la rehabilitación, haciendo cierto paralelo con la "perspectiva de atención primaria" elaborada en la medicina. Estos factores incluyen: Los costos crecientes en la atención de la salud, la desigualdad en la distribución de los recursos, las limitaciones en el personal capacitado en rehabilitación, la concienciación de las

personas con discapacidad y sus familias, las nuevas demandas que se le están exigiendo a los sistemas de atención de la salud y a los sistemas sociales, los nuevos conceptos acerca de la relativa importancia de la tecnología de punta y la institucionalización, frente a nuevas concepciones comunitarias más participativas e incluso más críticas acerca de cuáles son los determinantes de la salud.⁸

“La RBC es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros⁹

⁸ William Boyce, Escuela de Terapia de Rehabilitación Grupo de Evaluación de Programas Sociales (School of Rehabilitation Therapy, Social Program Evaluation Group, Queen's University, Kingston, Canadá) Disability world vol 9 junio – agosto 2003.

⁹ Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de Salud (OMS), 2004. *RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.*

3. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la estrategia de atención en salud que facilite la articulación al sistema de salud y al plan de salud pública actual, para la asistencia de las personas con discapacidad en el municipio de Pereira?

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO DE REFERENCIA

Pereira es la capital del departamento de Risaralda, ubicada en la región centro occidente del país, a 1.411 msnm, limita al norte con los municipios de la Virginia, Marsella y Dos Quebradas, al este con el municipio de Santa Rosa de Cabal y el departamento del Tolima, al sur con los departamentos del Valle del Cauca y Quindío, con una extensión total de 702 km².

El área urbana esta está dividida administrativamente en 19 comunas y en ellas 306 barrios y el área rural en 12 corregimientos que cuentan con 65 centros poblados y 116 veredas, sectores o barrios rurales (***centro de documentación municipal secretaria de planeación 2008***)

Población

Según el censo del DANE en 2005 Pereira contaba con una población de 443.554 habitantes de los cuales el 83.69% están asentados en la cabecera municipal y 16.31% en el resto del municipio, Pereira representa el 49.42% de la población Risaraldense. Ha fecha actual según la proyección del DANE se estiman que en Pereira habiten 456.895 personas.

Tabla 1. Población y rangos de edad proyección censo DANE 2010

2010			
EDAD	Total 456.895	Hombres 218.100	Mujeres 238.795
0-4	34.857	17.839	17.018
5-9	35.527	18.116	17.411
10-14	39.024	19.825	19.199
15-19	41.549	21.414	20.135
20-24	38.458	19.174	19.284
25-29	36.979	17.634	19.345
30-34	34.039	16.112	17.927
35-39	29.352	13.728	15.624
40-44	31.867	14.730	17.137
45-49	31.282	14.163	17.119
50-54	27.192	12.338	14.854
55-59	22.650	10.111	12.539
60-64	17.133	7.547	9.586
65-69	13.206	5.708	7.498
70-74	9.851	4.096	5.755
75-79	6.955	2.834	4.121
80 Y MÁS	6.974	2.731	4.243

En Pereira entre el 2007 y el 2008 el DANE, el Ministerio de Educación Nacional y la Alcaldía municipal, y a través de contratación con la Universidad Tecnológica de Pereira y el Centro de Especialistas de Risaralda, realizaron el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, aplicando este registro a 12.942 personas, es decir al 49.63% de la población con alguna limitación según el censo del DANE de 2005.

De acuerdo con esto se determino que la población con mas discapacidad se ubica en el rango de edades comprendidas entre los 40 a 74 (5.122) años con mayor prevalencia en mujeres, de igual forma se destaca la presencia de discapacidad entre los 5 a 19 años (2.053) con mayor prevalencia en hombres.

Tabla 2. Población Discapacitada por rango de edad y genero

Grupos de edad (años)	Total		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	12.924	4.907	8.017
Menores de tres	105	48	57
De 3 a 4	114	58	56
De 5 a 9	564	296	268
De 10 a 14	805	381	424
De 15 a 19	684	289	395
De 20 a 24	577	217	360
De 25 a 29	581	236	345
De 30 a 34	473	187	286
De 35 a 39	643	220	423
De 40 a 44	860	288	572
De 45 a 49	954	310	644
De 50 a 54	1.132	384	748
De 55 a 59	1.097	366	731
De 60 a 64	1.079	349	730
De 65 a 69	969	357	612
De 70 a 74	856	343	513
De 75 a 79	694	278	416
De 80 a 84	423	184	239
De 85 y más	314	116	198

Fuente: DANE Septiembre 2008 - Dirección de Censos y Demografía

Por comunas los más altos índices de limitación permanente se encuentra distribuida con un alto porcentaje en las comunas de San Nicolás y Cuba, (7,88 y

7,01 % respectivamente), se resalta que estas dos comunas presentan altos índices de pobreza.

Tabla 3. Presencia de Limitaciones Permanentes por Comuna

COMUNAS	PRESENTA LIMITACION PERMANENTE	TOTAL POBLACION	% DE POBLACION CON LIMITACION PERMANENTE
Rio Otún	2732	39270	6,96
Centro	2205	33227	6,64
San Joaquín	1639	30036	5,46
Del Café	1632	25119	6,5
Consota	1470	21775	6,75
Boston	1439	24157	5,96
Cuba	1307	18637	7,01
El Oso	1022	23682	4,32
Oriente	998	16470	6,06
El Poblado	979	18116	5,4
Villa Santana	899	16575	5,42
Universidad	853	17024	5,01
Villavicencio	837	13129	6,38
San Nicolás	689	8479	7,88
Perla del Otún	687	13837	4,96
Ferrocarril	588	11074	5,31
Jardín	562	10640	5,28
Olímpica	504	14248	3,54
Aeropuerto	71	1862	3,81
El Roció	31	1054	2,94

Fuente: Complicación de Información Tomada del Sistema de Información Censal. Censo 2005. Censo Básico. DANE. Procesado por Redatam + SP, CEPAL / CELADE 2007.

Las estructuras y funciones más afectadas fueron, las del sistema nervioso con un 13%, los ojos con un 20%, el sistema cardio respiratorio y las defensas el 27% y El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con un 19%.

Tabla 4. principales estructuras o funciones afectadas

Principal estructura o función corporal afectada	Total
Total	12.924
El sistema nervioso	1.733
Los ojos	2.573
Los oídos	410
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	92
La voz y el habla	196
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	3.462
La digestión, el metabolismo, las hormonas	1.516
El sistema genital y reproductivo	239
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	2.491
La piel	148
Otra	64

Fuente: DANE Septiembre 2008 - Dirección de Censos y Demografía

4.1.1 Educación.

El registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, aplicado a 12.942 personas, arroja un resultado preocupante referente a la educación, de los encuestados un 13,2% no ha logrado ningún grado de educación formal, el 29,7% básica primaria incompleta, el 17,7% básica primaria completa y el 26,9% básica secundaria incompleta, preocupa mucho el alto porcentaje de discapacidad que se encuentra en el grupo etario entre los 5 y 19 años pues este comprende la edad escolar comparado con el panorama de niveles educativos encontrados.

En la educación tecnológica y superior el panorama es más preocupante pues el 0,6% tiene básica secundaria completa, es decir con posibilidad de acceso a la

educación superior, lo que tristemente contrasta con el 0,1% de personas con discapacidad con formación universitaria.

Tabla 5. Personas con Discapacidad Por Nivel Educativo

Escolaridad	Total	%
Población menor de 3 años	105	0,8
Preescolar incompleto	366	2,8
Preescolar completo	206	1,6
Básica primaria incompleta	3836	29,7
Básica primaria completa	2289	17,7
Básica secundaria incompleta	3472	26,9
Básica secundaria completa	72	0,6
Técnico o tecnológico incompleta	118	9,1
Técnico o tecnológico completa	154	1,2
Universitario sin título	231	1,8
Universitario con título	80	0,6
Postgrado incompleto	64	0,5
Postgrado completo	10	0,1
Ninguno		
Total	12924	

Fuente: DANE Septiembre 2008 - Dirección de Censos y Demografía

Otro aspecto importante son las causas que generan la inasistencia escolar, entre ellas destacamos. Ya termino y considera que no está en edad escolar con un 34,9%, otros no lo hacen por su discapacidad con el 12,4% y un 10,7% no lo hacen por costos elevados.

Tabla 6. Causas de Inasistencia Escolar

Causa	%
Porque ya termino y considera que no está en edad escolar	34,9
Está estudiando	14,6
Por su Discapacidad	12,4
Costos Educativos Elevados o Falta de Dinero	10,7
Por Falta de Tiempo	8,6
Necesita Trabajar	6,6
Otra Razón	5,4
No le Gusta o no le Interesa el Estudio	4,1
Sus Padres no Quieren que Estudie mas	1,1
No Existe Centro Educativo Cercano	0,6
Sin Información	0,6

Fuente: Asociación de Discapacitados de Risaralda - ASODIRIS. Sobre RLCPD citado en: Diagnostico de la situación de las personas con discapacidad. Base inicial para el diseño de políticas publicas de discapacidad. Pereira 2008

4.1.2 Salud

Según el registro de caracterización y localización de personas con discapacidad el 69% de las personas encuestadas, presentan algún tipo de afiliación, el 31% no presenta afiliación alguna, de las personas con afiliación a salud, se observa que el 50,8% pertenecen al régimen contributivo, el 46,7% al régimen subsidiado y el 2,5% al regímenes especiales, denotando una importante cobertura en salud para las personas con discapacidad, aun que no deja de ser preocupante ese 31% sin afiliación alguna. El acceso equitativo que las personas con discapacidad tengan al sistema de salud a los servicios de rehabilitación – habilitación y promoción y prevención, inclinan la balanza de la inclusión y la exclusión social, jugando con la tendencia de vulnerabilidad y pobreza de estas personas, alterando de manera

sustancial su calidad de vida y la de su núcleo familiar. La utilización de los servicios de salud por parte de las personas con discapacidad requiere de una disposición adecuada y amplia infraestructura, el municipio de Pereira cuenta con instituciones prestadoras de servicios de salud que en total suman 14 IPS, 8 centros de salud y 17 puestos de salud.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

4.2.1 Discapacidad

Según la OMS 2001, discapacidad es un término genérico que incluye déficit en una función o estructura a nivel corporal, limitación en capacidad de ejecución de una actividad a nivel individual y restricción en la participación a nivel social. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (ambientales y personales), por lo tanto la discapacidad es el resultado negativo de la interacción entre el individuo y el ambiente en el que esta vive. El término discapacidad puede ser utilizado para indicar cualquier alteración en el funcionamiento del individuo a nivel corporal, individual o social, asociado a estados de salud. Sin embargo hay que tener en cuenta que no todas las personas que tengan esta condición requieren tratamientos o apoyos especiales para su plena participación.

La condición de discapacidad puede ser temporal o permanente y su grado de severidad solo podrá ser determinado teniendo en cuenta el grado de severidad de la deficiencia, la limitación en la actividad y la restricción en la participación que experimenta el individuo. Es claro que aunque la discapacidad parte de una condición de salud, esto no indica necesariamente que haya una enfermedad presente o que el individuo deba ser considerado como enfermo.

La restricción en la participación representa las consecuencias sociales y ambientales que afectan al individuo por el hecho de tener una deficiencia o una limitación en la ejecución de actividades. Este fenómeno está determinado por los obstáculos o barreras: físicas, de comunicación, actitudinales y legales que presente el entorno; siendo éstas las que finalmente disminuyen o niegan a la persona la oportunidad de ejercer plenamente sus roles. Las características del ambiente propias de cada comunidad hacen que tanto las causas como las consecuencias de la discapacidad varíen de una comunidad a otra. De igual forma muchos de los aspectos de la discapacidad podrían reflejar las condiciones generales de vida y las políticas sociales y económicas de las comunidades.

Diferentes artículos presentados por organismos internacionales señalan que las tendencias marcan un aumento en los factores que causan discapacidad (conflictos armados, accidentes de tránsito y laborales, violencia social, abuso del alcohol y las drogas, enfermedades discapacitantes, entre otros) y que por lo tanto el índice de discapacidad en el mundo también va en aumento.

En el resumen regional presentado por la OMS/OPS en 2004, se informa que las condiciones de salud de las Américas muestran características demográficas, sociales y epidemiológicas donde la discapacidad se presenta como un fenómeno complejo de dimensiones significativas en razón de su repercusión social y económica. Se ratifica el incremento de la discapacidad por causas anteriormente mencionadas, señalando otras condiciones que favorecen este aumento como son el envejecimiento de la población, la desnutrición, la niñez abandonada, grupos sociales excluidos, pobreza extrema, desplazamiento de grupos poblacionales y fenómenos naturales, entre otras.

Este incremento en la discapacidad lleva a determinar la necesidad cada vez mayor no solo de servicios de rehabilitación adecuados, sino del desarrollo de acciones que permitan que las personas con discapacidad tengan una posición en

la sociedad y disfruten plenamente de sus derechos como ciudadanos, lo que equivale a tener acceso a todos los servicios y programas que ofrece la comunidad, en igualdad de condiciones y oportunidades.

Este incremento en la discapacidad lleva a determinar la necesidad cada vez mayor no solo de servicios de rehabilitación adecuados, sino del desarrollo de acciones que permitan que las personas con discapacidad tengan una posición en la sociedad y disfruten plenamente de sus derechos como ciudadanos, lo que equivale a tener acceso a todos los servicios y programas que ofrece la comunidad, en igualdad de condiciones y oportunidades.

4.3 REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC)

La estrategia de RBC fue establecida en 1987 por la OMS, la OPS y la UNICEF para involucrar la comunidad en el proceso de rehabilitación de la persona en situación de discapacidad que en ella habite, buscando la Rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la inclusión social. La metodología RBC se implemento no solamente con la intervención de las mismas personas con discapacidad, su familia y la comunidad en general sino también utilizando servicios adecuados en salud, educación y trabajo desde una perspectiva integral¹⁰. La RBC es considerada como una estrategia sectorial dentro del desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de personas con discapacidad. La RBC se instrumenta mediante los esfuerzos combinados de los componentes de la comunidad con la participación activa de las propias personas con discapacidad, sus familias y comunidades, para facilitar su acceso a servicios adecuados de salud, educación,

¹⁰ Community - Based Rehabilitation (CBR) with and for people disabilities, Joint paper 2002, ILO, UNESCO, UNICEF, WHO.

sociales, vocacionales entre otros¹¹. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización mundial de la Salud (OMS), establecen como objetivo primario de la RBC, “asegurar que las personas con discapacidad puedan sacar el máximo provecho de sus facultades físicas y mentales, se beneficien de las oportunidades y servicios comunes y alcancen la plena inserción social en el seno de la comunidad y la sociedad”. Este objetivo implica la noción más amplia de rehabilitación, en la cual se incluya la equiparación de oportunidades y la integración de la persona con discapacidad en la comunidad.

Según Naciones Unidas "RBC es una estrategia para acrecentar la calidad de vida de las personas con discapacidad mejorando la entrega de servicios, promoviendo oportunidades iguales y protegiendo sus derechos humanos”.

El programa de la OMS en materia de discapacidad y rehabilitación le da apoyo a los estados parte para que puedan desarrollar sus políticas en esas áreas, con un enfoque particular en las condiciones crónicas, y apoyo para integrar la rehabilitación dentro de la Atención Primaria de la Salud mediante la estrategia de la Rehabilitación Basada en la Comunidad, con énfasis en las condiciones de salud crónicas¹². Muchos de los autores consultados coinciden en que la RBC debe tener un enfoque desde los derechos humanos, organizándose sobre el concepto de vida independiente, en donde las personas con discapacidad tengan voz propia y tomen sus propias decisiones en asuntos que afectan sus vidas.

¹¹ Rehabilitación Basada en la Comunidad, RBC, con y para las personas con discapacidad, ponencia conjunta: OIT, UNESCO y OMS. 1994

¹² Breves Noticias de Discapacidad. Disability World revista electrónica, Volumen No. 18 Abril-Mayo 2003

La Organización Mundial de Personas con Discapacidad 2002 afirma que la RBC debe cambiar para reflejar un enfoque desde los derechos humanos, modelándose sobre el concepto de una vida independiente. Siendo por su misma naturaleza un modelo de toma de decisiones basado en la comunidad, ellos creen que las personas con discapacidad aun no tienen voz propia en asuntos que afectan sus vidas dentro de su comunidad. De igual forma declaran que algunas regiones informan que la RBC tiene todavía una orientación médica, sin considerar los derechos humanos ni las necesidades sociales y económicas de cada una de las personas con discapacidad.

4.4 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA RBC

La RBC (Rehabilitación Basada en Comunidad) inicia con el proceso de sistematización de las experiencias en varios países de África donde las personas con discapacidad y sus familias empezaron a resolver por iniciativa propia y de manera natural las limitaciones que presentaban, cuando no habían servicios de rehabilitación disponibles o profesionales quienes atendieran sus requerimientos.

Las primeras experiencias en los años ochenta hacen referencia a los procesos de Indonesia, Filipinas (1980), África Meridional (1980), Etiopía (1981), Kenya (1981), Zimbabwe (1981), Propuestas de Palestina, Afganistán (1980).

Entre 1979 y 1982 a partir del uso de tecnología en países en desarrollo donde no hay recursos las cuales eran iniciativas de las familias, las personas de la Comunidad, de la recopilación de este material surge las primeras 32 cartillas. Especialmente dirigidas a tratar problemas de rehabilitación funcional y son Organizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Simultáneamente surgen Alma Ata y la Atención Primaria en Salud como procesos que marcan políticas hacia la promoción y cuidado de la salud, Einar Helander

construye los 10 primeros módulos y la Organización internacional del Trabajo (OIT) la UNICEF, la OMS inicia su implementación en países en desarrollo especialmente en América Latina. También surgen Experiencias relacionadas con el establecimiento de la paz como Palestina, Bosnia, Afganistán, Sri Lanka, y América Central (Boyce, W. 2003).

En 1994 y en el 2004 la OMS, OIT y UNICEF revisan la postura y se reactiva su implementación con el ánimo de disminuir la pobreza y aparece el documento de la posición conjunta, la finalidad de dicho documento, es describir y respaldar el concepto de la RBC tal y como está evolucionando, con especial énfasis en los derechos humanos y hace un llamado por acciones para combatir la pobreza que afecta a muchas personas con discapacidad.

En Colombia los primeros reportes aparecen a finales de los años ochenta. Este país, participa en el taller regional para la Implementación de la estrategia de RBC y se trabaja conjuntamente con hospitales regionales de segundo y tercer nivel de atención sin mayores frutos y en compañía de la APS, con quien se trabaja con las promotoras en algunos lugares del País.

En los años noventa prácticamente desaparece la atención en rehabilitación del Ministerio de Salud y de los homólogos regionales y paralelamente hay un desarrollo de la estrategia por parte de algunas Organizaciones no gubernamentales como el Comité de rehabilitación de Antioquia, Fundación REI de Cartagena, Ceder de Manizales, entre otras.

En 1998, la Fundación de Wall realiza un curso de formación de formadores con el Comité de Rehabilitación de Antioquia y por Bogotá participa en Centro de Rehabilitación de Adultos Ciegos – CRAC

En el año 2003, por iniciativa de algunas organizaciones no gubernamentales y con el apoyo de la cooperación internacional se inician los encuentros Nacionales

de Rehabilitación Basada en Comunidad Cartagena (2003), Medellín (2004), Cali (2005) y Bogotá (2007), espacio que ha permitido la socialización y crecimiento de la estrategia en el país.

En el año 2004, el ICBF y el Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia desarrollan en proyecto de formación de agentes institucionales y comunitarios para la implementación de la estrategia de RBC en Córdoba, Sucre y Chocó y en asocio con la Consejería social de la presidencia adelantan un proyecto en varios departamentos con el fin de implementar la política de discapacidad a partir de la estrategia de RBC y posteriormente se amplió su desarrollo a todo el territorio nacional.

Por su parte en Bogotá, en 1979 se inicia la prestación de los servicios de rehabilitación en los hospitales públicos, en los años ochenta se fortalecen los servicios de rehabilitación y a final de los cuales se desarrolla una experiencia en la localidad de Tunjuelito como primeros procesos de desinstitucionalización de los servicios de rehabilitación con el programa denominado Pretev, posteriormente hacia finales de los años noventa la iniciativas se centran hacia el reconocimiento de la discapacidad como una prioridad en la salud pública, la conformación del Concejo Distrital de discapacidad (1994), la definición de la política Distrital “Concertando entornos colectivos para las personas con discapacidad” (1997) y la consolidación del plan distrital de discapacidad (2001 – 2005) fueron el cimiento para que a partir de finales de los años noventa se iniciara el desarrollo de la estrategia que se consolidó durante los años dos mil.

Si bien es cierto la Rehabilitación Basada en Comunidad aparece de manera natural por una necesidad de las personas con discapacidad y sus familias de resolver las condiciones de sus limitaciones, a su vez posteriormente hay una tendencia de los países desarrollados por llevar y financiar con recursos internacionales estas propuestas en países en desarrollo, la mayoría de las

experiencias documentadas tienen esta tendencia. Ahora bien cada experiencia es única e irreplicable puesto que depende del contexto, la historia y la vida de las personas donde esta se desarrolle.

En la actualidad son diversas las motivaciones para dar inicio a experiencias como son: llevar servicios de rehabilitación a lugares donde no los hay, superar la relación entre pobreza y discapacidad, el conflicto armado y la promoción de la inclusión social.

La estrategia sigue promoviendo el liderazgo comunitario y la plena participación de las personas con discapacidad y sus organizaciones. Impulsa la colaboración multisectorial para dar apoyo a las necesidades y las actividades comunitarias, así como la cooperación entre todos los grupos que puedan contribuir al logro de sus objetivos.

4.5 ELEMENTOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN EL MODELO DE INTERVENCIÓN

4.5.1 Teoría de la Discapacidad.

En último tercio del siglo XX, los cambios de paradigma en el entendimiento e intervención de la discapacidad han generado un amplio espectro de *Teoría de la Discapacidad*, que ha servido como referente para el desarrollo de modelos en discapacidad. Stiker y Ravaud en Planella Ribera¹³ recogen tres modelos: Diferenciación, Asimilación y Normalización. Planella Ribera recoge los modelos en el siguiente cuadro:

¹³ PLANELLA RIVERA, Jordi. Subjetividad, disidencia y discapacidad: Prácticas de acompañamiento social. Editorial Fundación ONCE. Madrid. 2006. Pág. 96.

MODELOS	CARACTERISTICAS
Normalización	Es unos de los principales modelos para integrar a las personas con discapacidad. No se trata de llevar a todos los miembros de una sociedad a un modelo ideal de humanidad. Ser y hacer como los otros sería su objetivo principal. La discapacidad es definida como aquello que impide alcanzar un rol normal, de acuerdo con la edad, el sexo, etc. Norbert Elias muestra como entre los <i>established</i> y los <i>outsiders</i> (los establecidos y los marginales) la fosa que se vea se encuentra más ligada a los valores que se esconden detrás de la diferenciación que no a la diferencia en si misma.
Asimilación	Se parte de la concepción que existe una unidad del género humano, aun que en realidad se trate de un pseudouniversalismo. El modelo de la asimilación de las personas con discapacidad no tiene en cuenta la preservación de su diferencia, conduciéndonos a un régimen que podemos designar como el régimen de la indiferencia. De hecho se trata de una de las concreciones de los que se conoce como discriminación positiva. A pesar de que la idea de la asimilación y la discriminación positiva, que aunque parezca contradictoria, en realidad se fundamenta en el hecho de que con el fin de ser asimilado hay "que tener" una discapacidad.
Diferenciación	Existen dos tipos de diferenciaciones: <i>Jerárquica</i> : ha tenido lugar más en Europa que en los EEUU. A las formas se han construido a partir de binomios sexuales (hombre/mujer), binomios de conformación biológica (valido/ invalido), binomios de la apariencia (blanco/negro), etcétera. <i>Yuxtaposición</i> : se trata de un modelo mucho más presente en contextos anglosajones. No existe propiamente la integración, si no que se trata de una especie de puzzle. Podríamos designarlo como la "indianización" de las personas con discapacidad (haciendo referencias a las reservas indias norte-americanas).

4.5.2 Intervención en Discapacidad

La intervención en discapacidad desde enfoques participativos tiene sus orígenes en el cambio de paradigma de la concepción de discapacidad¹⁴ como problema social y por tanto un cambio en las formas de prestación de servicios¹⁵¹⁶ teniendo como base la necesidad de integrarlas a la comunidad. En este sentido las instituciones abren sus puertas a la comunidad y se plantean nuevas estrategias de intervención en discapacidad.

4.5.2.1 La comunidad entendida como

En general en el marco de la intervención dirigida a la población con discapacidad se manejan los conceptos de habilitación y rehabilitación como expresiones que concretizan las acciones dirigidas al sujeto. Según Dorsch, la rehabilitación consiste en las “medidas encaminadas a la recuperación de capacidades y destrezas generales y específicas existentes antes de un accidente, enfermedad o perturbación psicosocial”. Por otra parte, la Organización Internacional del Trabajo – OIT- menciona que “la rehabilitación involucra el uso coordinado y combinado de prácticas médicas, sociales y educativas, y medidas de capacitación en oficios

¹⁴ Según la OMS, discapacidad es un término genérico que incluye déficit en una función o estructura a nivel corporal, limitación en capacidad de ejecución de una actividad a nivel individual y restricción en la participación a nivel social. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (ambientales y personales), por lo tanto la discapacidad es el resultado negativo de la interacción entre el individuo y el ambiente en el que esta vive. El término discapacidad puede ser utilizado para indicar cualquier alteración en el funcionamiento del individuo a nivel corporal, individual o social, asociado a estados de salud. Sin embargo hay que tener en cuenta que no todas las personas que tengan esta condición requieren tratamientos o apoyos especiales para su plena participación. En: Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud – CIF. 2001.

¹⁵En Colombia estuvieron relacionadas con los asilos iniciados desde una concepción de caridad por parte de la iglesia Católica y que perduraron hasta entrado la década de los 80’s. Para profundizar se recomienda: CRUZ VELANDIA, Israel y HERNÁNDEZ JARAMILLO, Janeth. Exclusión Social y Discapacidad. Editorial: Universidad del Rosario - Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Colección: Textos de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Julio de 2006.

¹⁶ Prestación de servicios en un sentido amplio en el que se involucran diferentes sectores del desarrollo como salud, educación, productivo, bienestar social, cultura y derechos.

para capacitar y re-entrenar hasta que el individuo llegue a su más alto nivel de habilidad funcional”.

La unión entre las dinámicas de las comunidades como soporte para generar procesos de rehabilitación de las personas con discapacidad es lo que se ha llamado estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC.

La RBC como estrategia de intervención con la población en situación de discapacidad es recopilada y dada como una posición conjunta en 1987 por la OMS, la OPS y la UNICEF. La estrategia se describe como acciones que buscan involucrar la comunidad en el proceso de rehabilitación de la persona en situación de discapacidad que en ella habite, buscando la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la inclusión social. La metodología RBC se implemento no solamente con la intervención de las mismas personas con discapacidad, su familia y la comunidad en general sino también utilizando servicios adecuados en salud, educación y trabajo desde una perspectiva integral¹⁷. La RBC es considerada como una estrategia sectorial dentro del desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de personas con discapacidad. La RBC se instrumenta mediante los esfuerzos combinados de los componentes de la comunidad con la participación activa de las propias personas con discapacidad, sus familias y comunidades, para facilitar su acceso a servicios adecuados de salud, educación, sociales, vocacionales entre otros¹⁸.

La consideración unitaria de la estrategia supone la combinación, coordinación, organización/distribución y aplicación de procedimientos y actividades (que

¹⁷ Community - Based Rehabilitation (CBR) with and for people disabilities, Joint paper 2002, ILO, UNESCO, UNICEF, WHO.

¹⁸ Rehabilitación Basada en la Comunidad, RBC, con y para las personas con discapacidad, ponencia conjunta: OIT, UNESCO y OMS. 1994

guardan una correlación y coherencia entre sí) como una forma posible de alcanzar las metas de acuerdo con un plan establecido. Y engloba tres elementos fundamentales constitutivos: el elemento combinatorio (referido a la organización coherente de los recursos), el probabilístico (que implica un análisis de los fenómenos debidos al azar) y el voluntarista (que alude a el control y canalización de las fuerzas confluyentes en el proceso)”¹⁹.

En este contexto La Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecen como objetivo/meta de la RBC, “asegurar que las personas con discapacidad puedan sacar el máximo provecho de sus facultades físicas y mentales, se beneficien de las oportunidades y servicios comunes y alcancen la plena inserción social en el seno de la comunidad y la sociedad”.

4.5.2.2 Procedimiento

“Un procedimiento es un conjunto de acciones ordenadas y finalizadas, es decir, orientadas a la consecución de una meta. Para que un conjunto de acciones constituya un procedimiento, es necesario que esté orientado hacia una meta y que las acciones o pasos se sucedan con un cierto orden. La complejidad de los procedimientos varía en función del número de acciones o pasos implicados en su realización, del grado de libertad en el orden de sucesión de las acciones o pasos y de la naturaleza de la meta a cuya consecución se orientan”²⁰.

¹⁹ *Ibíd.*, p. 593.

²⁰ COLL, César. *Psicología y Currículum: una aproximación psicopedagógica a la elaboración del currículo escolar*. Barcelona: Paidós, 1991. p. 89.

Coll (1998)²¹ diferencia entre *procedimientos algorítmicos* que especifican de forma precisa la secuencia de acciones y decisiones que debe respetarse para resolver un determinado problema. Y *procedimientos heurísticos* que orientan de manera general en la secuencia a respetar, y no dicen exacta y completamente cómo se ha de actuar; su uso y aplicación no siempre hacen previsible un resultado concreto o una manera idéntica de obrar por parte de aquellos que los utilizan. Los objetivos relativos a los procedimientos pueden aparecer formulados mediante los verbos: manejar, confeccionar, utilizar, construir, aplicar, recoger, representar, observar, experimentar, probar, elaborar, simular, demostrar, reconstruir, planificar, ejecutar, componer, etc.²²

4.5.2.3 Actividad

Retomando lo que plantea Beltrán (1995)²³ con relación a las actividades instruccionales y en particular a las situaciones de enseñanza-aprendizaje, en el marco del que hacer fonoaudiológico las actividades se entenderían como un conjunto de situaciones preparadas por el fonoaudiólogo para propiciar contextos de mediación de procesos de comunicación. Que pueden ser de larga o corta duración y la responsabilidad puede estar puesta en el fonoaudiólogo, el padre o ser compartida.

Cada actividad tiene a) límites temporales (duración), b) unos recursos a utilizar, c) un modelo o patrón predefinido de la interacción comunicativa (conductas permitidas al fonoaudiólogo y padres/cuidadores) y d) relación entre los componentes del contexto y los patrones de conducta comunicativa definidos. A

²¹ COLL, Cesar *et al.* Los contenidos en la reforma: enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. Madrid: Ediciones Santillana, 1998. p. 92.

²² COLL, Psicología y Currículo: una aproximación psicopedagógica a la elaboración del currículo escolar, Op. cit., p. 141.

²³ BELTRAN LLERA, José y BUENO ÁLVAREZ, José A. Psicología de la educación. México: Alfaomega Grupo Editor, 1997. p. 486 – 487.

estas características se puede añadir que las actividades tienen un objetivo específico que se debe haber cumplido una vez finalizada, de esta manera se obtiene un producto ya sea físico o actitudinal.

4.5.3 Elementos de análisis que explican su aplicación a la realidad

Centro industrial, comercial y capital del *Departamento de Risaralda*, fundada el 30 de Agosto de 1863 y municipio núcleo del Área Metropolitana, se identifica como uno de los principales municipios cafeteros y comerciales del país. El Municipio de Pereira está localizado a 1.411 metros sobre el nivel del mar; en el centro de la región occidental del territorio colombiano, en la cordillera central. Consta de 488.839 personas de las cuales 410.535 se encuentran en el área urbana localizadas en 19 comunas y 78.304 en el área rural en 12 corregimientos. El Municipio de Pereira cuenta con pisos térmicos que van desde las nieves perpetuas (Nevado de Santa Isabel a 5.200 msnm) en límites con el Departamento del Tolima, hasta pisos cálidos a 900 msnm y a orillas del río Cauca. Por lo tanto, presenta distintas alternativas de uso agrícola, de hecho, existen áreas de bosques para protección de cuencas, zonas de diversificación y medias conocidas como la zona cafetera y zonas cálidas con actividad ganadera y agrícola. La ciudad de Pereira cuenta con una temperatura promedio de 21°C.

La discapacidad se ha enmarcado dentro del universo como la disminución de la capacidad de trabajo de la persona, lo que la convierte en una carga social y familiar. La primera porque al presentarse en estratos socio-económicos bajos le generan al estado mayores esfuerzos y costos y la segunda por que la familia y allegados de la persona deben presenciar, tolerar y asumir el natural deterioro físico lo cual perjudica la tranquilidad del núcleo. Sin embargo el Proyecto de “Fortalecimiento de Asociaciones y Líderes para la Incidencia en Política Pública” visto desde un ángulo de discapacidad resulta evidente que de forma parte la

estadística de que un grupo del 49,6% de la población del municipio de Pereira encontrándose en mayor grupo del 54% de discapacitados entre edades de 40 a 74 años y entre los 5 a 14 años en este rango de edad se encuentra con mayor predominio en los hombres, los cuales se encuentran entre los estratos 1 y 2 con un 45%, con mayor prevalencia en el sistema de salud contributivo, con 13,2 % en un nivel educativo bajo o con un 62% la básica primaria incompleta en esto se presenta que la mayor inasistencia escolar se encuentran las personas con un deficiencias de la voz y el habla. Todas estas limitaciones generan que los discapacitados o las familias generen ingresos menores a un salario mínimo mensual legal vigentes (SMMLV), lo cual lleva a que tengan limitaciones para la utilización de los recursos de salud, sobre todo un 43% para los procesos de rehabilitación, lo cual genera que menor recuperación. La influencia negativa puede tener un 6% las creencias tanto religiosas como populares en las personas en situación de discapacidad, debido utilizan sus fuerzas y recursos en tratamientos alternativos que prometen grandes mejorías pero que al final solo dejan desilusión en el discapacitado como en su familia. Esto entonces ocasiona que se cree un caos colectivo sumado a la lentitud en la atención por parte de los servicios de salud ocasionando una situación caótica también para el fisco.

La mayoría de la población no conoce cual fue la causa de su discapacidad en un 40.58%, le sigue la enfermedad general con 20.8% y las alteraciones genéticas, Los porcentajes para las deficiencias se encontraron mayoritariamente con un 21.9% en alteraciones en los ojos, con 19.6% sistema cardio-respiratorio, defensas, con 15% las del movimiento (cuerpo, manos, brazos) y con 13.7% las del sistema nervioso; todo esto coincide con los datos obtenidos se encontró en las dificultades que la población en situación de discapacidad presentan son precepción de la luz, reconocer objetos o personas, realizar sus actividades básicas y realizar desplazamientos a causa de problemas respiratorios o del corazón, lo cual genera mayor dependencia a otras personas para realizar sus

actividades, lo cual limita su participación en las actividades de la comunidad además de las barreras arquitectónicas tanto en vivienda como en vía pública.

Las dificultades tal como se reporta en el informe de la política pública que aquellos estratos donde los tipos de discapacidad puntualizados tiene mayor incidencia, se desarrolle campañas concretas y definitivas al concientizar al discapacitado y su familia, la importancia que tiene para su recuperación el asumir con verdadero sentido de responsabilidad el atender los llamados médicos cuando así se lo exijan y en síntesis los criterios o parámetros determinados en los protocolos médicos que es sin duda la única capacidad que hay para aliviar y recuperar las condiciones que el paciente espere.

La población pereirana, se encuentra con una condición de pobreza que está en el 13.01% de la población, más o menos alrededor de 59 mil personas con necesidades básicas insatisfechas (DANE censo 2005).

4.6 MARCO LEGAL.

En el ámbito internacional, en especial desde los organismos del Sistema de Naciones Unidas – ONU - y organismos dependientes como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Estados Americanos (OEA) entre otras, se han promulgado convenios, declaraciones, recomendaciones, convenciones que contienen planteamientos específicos en relación con los derechos de las personas con discapacidad o que desarrollan principios universales, aplicables para la toda la humanidad pero que cobran especial relevancia para las personas más vulnerables.

4.6.1 De cubrimiento general

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. 10 de Diciembre de 1948.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales Culturales de 1976.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1976.

Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (art. 10 y 11) Alma Ata, USSR. Septiembre de 1978.

4.6.2 Específicos para discapacidad

Declaración del los Derechos del Retrasado Mental, proclamada por la Asamblea General. 20 de diciembre de 1971.

Declaración de los Derechos de los Impedidos. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1975)

Declaración sobre las Personas Sordo-Ciegas. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1979).

Resolución 37/52. Asamblea General de las Naciones Unidas. Diciembre de 1982. Por la cual se proclama el “Decenio de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad” y se formula el “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”.

Resolución 48/96. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1993. Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad”.

Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Organización de Estados Americanos –OEA. Guatemala, 7 de junio de 1999. (Ratificada por la ley 762 de julio de 2002 del Congreso de la República de Colombia).

Declaración de Cartagena de 1992 “Sobre Políticas Integrales para las Personas con Discapacidad en el Área Iberoamericana”.

Declaración de Panamá de 2000 “La Discapacidad un Asunto de Derechos Humanos: El Derecho a la Equiparación de Oportunidades y el Respeto a la Diversidad”.

4.6.3 Convenios

Convenios OIT: Convenios y recomendaciones sobre inserción laboral en discapacidad: Convenios 99, 102, 111, 121, 142, 159, 168 y Recomendación 168. Se pueden ver en la siguiente página web: www.ilo.org

4.6.4 Documentos técnicos:

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud – CIF – aprobada por la 54 Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001.

4.6.5 Legislación Colombiana en Materia de Discapacidad:

En Colombia con anterioridad a la Constitución de 1991, se habían dado algunas disposiciones con respecto a la discapacidad; sin embargo, a partir de la expedición de la Carta Magna, se ha venido consolidando un marco jurídico que determina los derechos de la población con discapacidad y, al mismo tiempo, las obligaciones del Estado y la sociedad para con ellos. En la constitución del 1991 se desarrollan los derechos fundamentales de las personas y sus derechos económicos, políticos y sociales entre los cuales vale destacar algunos relacionados con:

Derechos Generales: Artículos 13 y 42

Salud y Seguridad Social: Artículo 47, 48 y 49

Educación: Artículos 67 y 68

Trabajo: Artículos 25 y 54

Recreación y deporte: Artículo 52

Cultura. Artículo 70

Información. Artículo 20

4.6.6 Legislación específica para discapacidad

4.6.6.1 Generales

Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999 – 2002.

Decreto 429 de 2001: Promulga Protocolo adicional a la convención americana sobre DDHH en materia de Derechos económicos, Sociales y Culturales suscrito en San Salvador.

Decreto Presidencial 276/2000, modifica el artículo 6º de la Ley 361/1997, respecto a la conformación del Comité Consultivo Nacional para las Personas con Limitación."

Decreto 2381 de 1999, por el cual se determina como Día Nacional de las Personas con Discapacidad el 3 de diciembre de cada año.

Decretos 2226 de 1996 y 1152/99 que asignan al Ministerio de Salud la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas que en el campo de la salud, se relacionen con la tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados.

Ley 361/97 "por la cual se establecen mecanismos de Integración Social de las Personas con Limitación y se dictan otras disposiciones". Esta ley conforma el Comité Consultivo Nacional (reglamentado en el Decreto 276 de 2000) y dicta disposiciones para las personas con discapacidad en materia de salud, educación, articulación laboral, bienestar social y accesibilidad.

Ley 324 de 1996, por el cual se crean algunas normas a favor de la población sorda.

La Creación del Sistema Nacional de Rehabilitación, Decreto 235/81; las normas sobre "Educación, Reeducción, Readaptación y Reubicación Laboral.

Documento CONPES 2761 de 1995: "Política de Prevención y Atención a la Discapacidad".

* Documento CONPES 80 del 26 de julio de 2004.

4.6.6.2 Salud y seguridad social

Decreto 2345 de 1995: Seguros provisionales de invalidez y sobrevivencia.

Decreto 3039 Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010

Resolución 14861 de 1985: normas para la protección, la seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial a los minusválidos.

Ley 100 de 1993: Ley de Seguridad Social en Salud

Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 5261 de 1994: por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del POS en el SGSSS.

4.6.7 Trabajo e inserción laboral

4.6.7.1 Leyes

Ley 776 de 2002, artículo 4º reubicación después de la incapacidad, artículo 8º reubicación en el campo que desempeñaba.

Ley 2177 de 1989, por la cual se desarrolla la Ley 82 de 1988, aprobatoria del Convenio N° 159 suscrito con la OIT, sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

Ley 82/88 por medio del cual se aprueba el Convenio 159 sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, adoptado por la Conferencia General de la OIT en su 69ª reunión, Ginebra, 1983.

4.6.7.2 Decretos

Decreto 2463 de 2001 que reglamenta la integración, financiación y funciones de las Juntas de Calificación de Invalidez.

Resolución 612 de 2000 que asigna funciones a la Junta de Calificación de Invalidez.

Manual Único de Calificación de Invalidez, a través del Decreto 917 de 1999, artículo 5º Numeral establece que las personas con discapacidad, pueden ser calificadas por las Empresas Promotoras de Salud, y las Administradoras del Régimen Subsidiado en Salud. Con el fin de garantizar el acceso a los derechos que tiene este colectivo.

Decreto 692 de 1995 que adopta el manual de calificación de invalidez.

Decreto 970 de 1994, que promulga el Convenio sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

4.6.8 Educación decretos

Decretos 369 de 1994 que modifica la estructura y funciones del Instituto Nacional para Ciegos –INCI-.

Decreto 672 de 1998 relacionado con la educación de niños sordos y la lengua de señas.

Decreto 1509 de 1998 establece disposiciones para el ejercicio de la supervisión y la vigilancia que debe cumplir el INCI en relación con las entidades y organizaciones de y para ciegos.

Decreto 2369 de 1997 que da recomendaciones de atención a personas con limitación auditiva.

Decreto 3011 de 1997 sobre adecuación de instituciones en programas de educación básica y media de adultos con limitaciones.

Decreto 2082 de 1996 que reglamenta la atención educativa para personas con limitaciones o capacidades excepcionales, en desarrollo del cual se formuló lo correspondiente al Plan de Cubrimiento Gradual de Atención Educativa para las personas con limitaciones o capacidades excepcionales.

Resolución 2565 de octubre de 2003 por la cual se reglamentan los servicios de educación para los niños con N.E.E.

4.6.8.1 Normas Técnicas

Normas Técnicas 4732 y 4733 de noviembre de 1999, especifican los requisitos que deben cumplir y los ensayos a los que se deben someter los pupitres y las sillas destinadas para uso de los estudiantes con parálisis cerebral y en sillas de ruedas, respectivamente.

4.6.9 Recreación y deporte

Decreto 641 de 2001: reglamenta Ley 582 de 2000.

La Ley 582 de 2000, establece el Sistema Deportivo Nacional de las personas con discapacidad y crea el Comité Paraolímpico Colombiano.

Decreto 2080 de 1996: Reglamenta la Federación Paraolímpica.

4.6.10 Comunicación

4.6.10.1 Acuerdos

Acuerdo 38 de 1988 del CNT que crea mecanismos para garantizar el acceso al servicio público de televisión por parte de las personas con limitación auditiva.

4.6.10.2 Resoluciones

Resolución 001080 del 5 de agosto de 2002 fija los criterios aplicables a la programación de televisión para la población sorda.

Resolución 161 de 1999: Promueve el servicio universal a través de teléfonos públicos para discapacitados y se adiciona la resolución 087 de 1997.

4.6.11 Transporte y accesibilidad

Ley 12 de 1987: suprime barreras arquitectónicas y otras disposiciones.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de RBC para el municipio de Pereira, aplicable a la población que habita zonas pobres y vulnerables, articulado al sistema de salud actual que integre los lineamientos de viabilidad y sostenibilidad.

5.2 ESPECÍFICOS

Definir y describir del modelo de RBC para el municipio Pereira, aplicable a la población que habita zonas pobres y vulnerables.

Calcular el número de actividades a realizar según la población en situación de discapacidad que habita zonas pobres y vulnerables y que se determine como población objeto para el proyecto.

Identificar y describir los recursos aplicables en el sistema general de salud a la atención desde una perspectiva comunitaria.

6. METODOLOGIA

El siguiente es un proyecto de desarrollo e innovación, el cual se adelanto mediante la consulta documental de información secundaria, basándose en los conceptos y metodologías probadas de Rehabilitación Basada en Comunidad, las cuales se tomaron, estudiaron y se adaptaron según las condiciones de la población en situación de discapacidad pobre y vulnerable de la ciudad de Pereira. Inventariando las actividades y de cada se tomaron las siguientes variables: Actividades, Objetivos, Metodología, Actores del proyecto, Población y Resultado

Posteriormente se definieron las actividades que aplicarían para la población objeto, se caracterizo cada una de las actividades, calculando el numero de actividades, costo y recurso humano.

El proceso de revisión de la teoría se realizó a lo largo de todo el proceso de diseño del modelo de intervención con mayor intensidad en la fase inicial para establecer los lineamientos generales a partir de los cuales se iba a establecer relaciones con las necesidades y dinámicas del municipio de Pereira. Este proceso, tuvo como antesala una revisión bibliográfica centrada en la búsqueda de material documental sobre metodologías y experiencias, en discapacidad, Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Para establecer el marco conceptual de base se utilizaron diversas estrategias de búsqueda de información, como: Consulta a través de la Red Mundial de Internet (World Web), en la cual se emplearon los buscadores generales (Google, Yahoo, Alta vista) utilizándose las siguientes palabras claves en español: “discapacidad”, “Secretaria de Salud”, “participación social”, “normativa” y “comunidad” “rehabilitación” rehabilitación comunitaria”, se seleccionaron los documentos que incluyeran en el titulo o en

texto estos términos y, que además estuvieran relacionados con los términos: "discapacidad", "rehabilitación" y "comunidad". • Consulta de documentos sobre sistematización, marcos conceptuales de RBC y discapacidad; revisión de experiencias de RBC en Latinoamérica y SGSSS en Colombia. Como punto de partida del proceso de sistematización y teniendo en cuenta el objetivo planteado para este proyecto.

Población objeto.

Se considera como población objeto a los habitantes de Pereira en las zonas considerados como pobres y vulnerables basado en el mapa geopolítico del municipio. De esta población independientemente del sexo se tomo el grupo etario correspondiente a las edades entre 40 a 74 (5.122 personas) El proyecto pretende generar atención basándose en el grupo etario más numeroso del registro de caracterización y localización de personas con discapacidad realizado por el DANE en el municipio en 2007, aplicándole uno de los porcentajes de más alta frecuencia de este mismo registro, según estructuras y funciones más afectadas, que para el caso se tomo la del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, que correspondió al 17% de prevalencia, esto da un numero de 973 usuarios que serian la población objeto del programa.

Cálculo de actividades.

Partiendo de la población objeto del proyecto (973 personas) y teniendo como referencia las actividades a desarrollar, se estableció la cobertura que se le daría a la población objeto, denominando este ítem como extensión de uso, el cual se determino en 100%; se definió la intensidad de uso mensual y anual, lo cual corresponde al número de eventos mensuales a los que tiene derecho cada usuario por actividad al mes y al año, se determino el numero de actividades mensuales teniendo en cuenta la intensidad de uso y la población total consultante, también se estableció el número de usuarios por actividad y el numero de actividades mensuales que sale del total de actividades entre el

número de actividades aplicadas a la población objeto entre el número de actividades mensuales, se estableció el rendimiento por actividad que representa el tiempo empleado por actividad, y el número de instrumentos que sale de la división entre número de actividades mensuales y el rendimiento. También se estableció el número de horas disponibles a laborar al mes por recurso humano, el cual sale de la multiplicación del número de horas laboradas días por los cinco días de la semana por las cuatro semanas que representan el mes; el personal necesario para cubrir la demanda de actividades se obtuvo de la operación entre número de instrumento sobre rendimiento.

Cálculo de Costo de Actividades y Recurso Humano.

Para determinar el costo por actividades y recurso humano se definió primero el número de actividades a desarrollar en el proyecto, contrastándolo con el valor mensual que devenga un profesional, teniendo como referente los valores que devengan los profesionales que laboran en la Secretaría de Salud Municipal, establecido esto se calculó inicialmente el valor hora por profesional y este se multiplicó por el rendimiento (número de horas por actividad), para obtener el valor por sesión; posterior a esto se calculó el valor por usuario mes, el cual sale del producto entre el valor por sesión sobre el número de beneficiarios por actividad, se determinó el cálculo del valor usuario anual por medio de la multiplicación entre el valor por usuario anual y la intensidad anual, definido este valor se lo multiplicó por el total de personas atendidas, para así obtener el valor anual por actividad. Y para determinar el costo total del proyecto se realizó la sumatoria de los valores anuales por actividad de todas las actividades contempladas en el proyecto.

7. ELEMENTOS, METODOS Y TECNICAS DE LAS EXPERIENCIAS RBC

Proyecto 1

Ejemplos De Vida

Objetivo General

El mejoramiento de la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad que se concreta mediando entre las instituciones, personas y el gobierno.

Metodología

Descripción de la situación de las personas con discapacidad, análisis y asesoría al grupo familiar.

Actores del Proyecto

ASOCIACION PASOS MULTIPLES - RED PESCAR

Población

18 actores con su núcleo familiar.

Resultados del Proyecto

Garantías en el desarrollo personal, que brindan una calidad de vida.

Proyecto 2

Estrategia didáctica c3 (conocimiento, convivencia y creatividad) como apoyo a los niños, jóvenes y familias en situación de discapacidad en el proyecto de inclusión social.

Objetivo General

La experiencia C3, tiene como soporte de trabajo la promoción del liderazgo con técnicas de programación neurolingüística (PLN) y que a través de los hilos conductores de desarrollo aporta a mejorar las condiciones de vida e integración social de las personas en situación de discapacidad.

Metodología

Se divide en tres momentos: 1. Formación de padres líderes. 2. Trabajo directo con los niños, jóvenes y sus familias para la conformación del centro de capacitación comunitaria C3. 3. Conformación de la nueva fundación TALENTOS, como padres líderes de los niños y jóvenes en situación de discapacidad.

Actores del Proyecto

FUSIDARIS - SANTAROSA DE CABAL - RISARALDA - COLOMBIA

Población

36 Personas en situación de discapacidad (Cognitiva, motora, visual, auditiva)

Resultados del Proyecto

Producción de material didáctico. Formación de padres líderes (Fundación TALENTOS)

Proyecto 3

Escuela De Padres: Padres Coterapeutas

Objetivo General

La escuela de padres en la Mesa de los santos es un grupo de personas que ha encontrado en ella la posibilidad de fortalecerse y crecer inicialmente como seres humanos. Es un espacio donde por una vez al mes cada miembro deja a un lado su rol de padre/madre y/o cuidador y se dedican a ellos mismos, convirtiéndose la escuela en un lugar de indisciplina paternal donde se da permiso para pensar, sentir, y expresar libremente a cerca de la realidad de su entorno. Dentro de la experiencia, el encuentro con ellos mismos, sus temores, esperanzas, frustraciones, sueños, limitaciones y fortalezas les ha facilitado el acercarse a la realidad de su hijo(a) discapacitado, asumirlo como un ser humano tan igual a ellos, incorporándolo paulatinamente a la vida familiar, descubriendo ellos mismos, una dinámica propia donde en donde su hijo(a) tiene un rol activo a desarrollar con derechos pero también con deberes.

Metodología

Las pautas de intervención se realizaron a sugerencia del mismo grupo formulando temas a partir de sus experiencias, a través de la confrontación y generando sus propias conclusiones, la figura del monitor es la de un moderador de la reunión.

Actores del Proyecto

FUNDACION CARLOS JOSE RAMON - BUCARAMANGA - SANTADER - COLOMBIA.

Población

12 padres de niños en situación de discapacidad en el área rural de la Mesa de los Santos, directivas del colegio integrado la fuente, autoridades del Municipio de los Santos y Departamento de Santander.

Resultados del Proyecto

1. Visibilización del grupo de padres ante la comunidad rural de la maesa de los santos. 2. Fortalecimiento de procesos de autoestima y auto concepto. 3. Fortalecimiento y madurez de un lenguaje verbal y corporal. 4. Creación de perfiles de padres cooterapeutas. 5. Conceptos positivos de discapacidad guiados por la funcionalidad de cada caso.

Proyecto 4

Trabajo en Equipo Sordo - ceguera en Venezuela Una Realidad Posible

Objetivo General

Compartir el proceso vivido por los padres y familiares de las personas con sordo ceguera en Venezuela hasta llegar a constituir legalmente la fundación en junio de 2005. También la transversalización con otros sectores tanto públicos como privados para poder encontrar eco en el congreso a través de un evento que reúne a las autoridades que pueden ser decisorias en el apoyo a la causa y poder desarrollar la estrategia.

Metodología

1. Creación de FUNDAPAS 2005. 2. Participación activa en instituciones públicas y privadas ligadas a la sordo ceguera (1995 - 2000). 3. Talleres para padres a través del programa de paseos familiares.

Actores del Proyecto

FUNDAPAS - VENEZUELA.

Población

Padres de personas con sordo ceguera, profesionales y colaboradores de FUNDAPAS

Resultados del Proyecto

I congreso internacional de FUNDAPAS con la participación de instituciones públicas y privadas nacionales e internacionales.

Proyecto 5

Desarrollo De La Terapia Ocupacional En La Rehabilitación Comunitaria

Objetivo General

Es un proyecto de participación comunitaria en la rehabilitación integral de pacientes o enfermos psiquiátricos y otras personas con discapacidad, directamente en su entorno. A través del proyecto se permite la conformación de equipos intra y multidisciplinarios y la participación intra y multisectorial, teniendo como actores principales en los procesos a las personas con discapacidad, su familia y otros sectores de la comunidad. La implementación de procesos ha permitido la creación de nuevos empleos para personas con discapacidad y sobre todo una integración social activa de los mismos, al igual que el fomento y desarrollo de la red de rehabilitación comunitaria.

Metodología

Comunicación social. 2. Programas individuales de rehabilitación. 3. Capacitación, educación y promoción de la salud 4. Intervención y rehabilitación comunitaria.

Actores del Proyecto

SANTOS Y BAÑEZ MARTIATU

Población

Guantánamo – CUBA

Resultados del Proyecto

1. Disminución del número de ingresos hospitalarios. 2. aumento del número de enfermos psiquiátricos vinculados a los programas de rehabilitación en su entorno. 3. Disminución de los costos en la atención. 4. Extensión de la red hasta la comunidad.

Proyecto 6

Acompañamiento Familiar Y De La Comunidad Organizada En El Proceso De Inclusión Escolar, Sede Atanasio Girardot - Santa Rosa De Cabal - Risaralda – Colombia

Objetivo General

Diariamente acuden a las aulas, los estudiantes con discapacidades matriculándose en esta sede, con su padre, madre o acudiente, quienes participan como acompañantes de sus hijos(as) durante toda la jornada, realizando las actividades escolares conjuntamente, según las adecuaciones curriculares, motivando y orientando a cada uno de los estudiantes (el que es acompañado) 1: se genera cambio de actitud frente a la discapacidad de sus hijos (as) 2. Afianzamiento de su autoestima. 3 Se logra la equidad de género a nivel escolar, equiparación de oportunidades etc.

Metodología

1: Actividades de rutina, estrategia C3 (abrazo terapia, helioterapia). 2. Orientación del trabajo en equipo por parte del docente, 3. Motivación y animación por parte del acompañante. 4 Ejecución de la actividad pedagógica lúdica. 5 Refrigerio.

Actores del Proyecto

INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO JOSE DE CALDAS SEDE ATANASIO GIRARDOT - SANTA ROSA DE CABAL - RISARALDA – COLOMBIA

Población

250 estudiantes, 8 docentes, 50 padres de familia.

Resultados del Proyecto

1. Ha sido clave fundamental horario de trabajo para el alcance de los aprendizajes propuestos. 2. Ofrece seguridad al estudiante. 3. Brinda gran apoyo al docente, muy buenas relaciones familiares solidaridad de los acompañantes con otros estudiantes que lo requieren. 4. Concientización al padre de la familia de las fortalezas y aspectos por afianzar en sus hijos.

Proyecto 7

Inclusión Laboral

Objetivo General

Inclusión laboral de una persona con discapacidad a través de la intervención, fomento de la inclusión laboral de trabajadores informales en situación de discapacidad a partir de la conformación de organizaciones de personas con discapacidad, en donde se inicia un proceso de capacitación acompañado de la evaluación de competencias laborales con el fin de identificar las habilidades y competencias para el trabajo.

Metodología

Capacitación en temas como: autoestima, reconocimiento de intereses, habilidades y limitaciones, como presentar una entrevista laboral, elaboración de una hoja de vida, creación de empresa y autogestión. Sensibilización a empresas de la localidad de chapinero, a sus gerentes para que sean partícipes y promotores de la inclusión laboral de las personas con discapacidad, acorde al perfil solicitado por la empresa y que esta tenga la competencia, capacidad y habilidad para ejercer en el cargo requerido, mejorando así la calidad de la

persona, del grupo familiar, favoreciendo la inclusión social y el derecho a un trabajo digno.

Actores del Proyecto

HOSPITAL CHAPINERO - BOGOTA – COLOMBIA

Población

Persona con discapacidad auditiva de nacimiento, 38 años, casado, dos hijos de 10 y 12 años, reside en la localidad de Barrios Unidos de ciudad de Bogotá. La convocatoria para el grupo se realiza a partir de mayo, el ingresa al grupo en la primera semana de junio, participando los días miércoles y jueves en horas de la tarde, se tenía interprete de lenguas y señas de Fenascal, cuando no asistía este sus hijos eran los intérpretes, lo que ayudo a tener mayor interacción con las personas del grupo ya que ellos participaban activamente en ellos talleres.

Realizadores: NORMA GORDILLO

Resultados del Proyecto

1. Inclusión laboral. 2. Sensibilización a empresas. 3. Credibilidad en la acción laboral de las personas con discapacidad. 4 Realización del perfil ocupacional de la persona, resaltando las capacidades, habilidades, experiencia laboral e intereses lo que permitió la ubicación de empresas que en ese momento se venían sensibilizando y con una conciencia de inclusión, equidad, equiparación, e igualdad de condiciones para brindar un trabajo digno hacia esta población y de acuerdo a la experiencia de la persona realizar la inclusión.

Proyecto 8

Grupo de trabajo por los derechos de las personas con discapacidad "nueva esperanza"

Objetivo General

La experiencia se desarrolla en la localidad 20 única completamente rural del distrito en la cual se encuentra el parque Nacional Natural Sumapaz que constituye el paramo más grande del mundo y una de las principales reservas hídricas del país. Dentro de sus principales características se puede hacer una

referencia a la geografía quebrada, condiciones climáticas externas, ausencia de sistemas de transporte público al interior del territorio, distanciamiento promedio entre las viviendas de 3,4 kilómetros, actividad económica basada en la agricultura. Además es importante mencionar que la localidad fue escenario de conflicto armado que ha marcado de manera trascendental su dinámica cultural y sus procesos políticos.

Metodología

1. Encuentros de reconocimiento. 2. sesiones de discusión de discusión para priorización de problemas. 3. sesiones de formación para el empoderamiento de líderes en temas de salud, educación, legislación y formulación de proyectos.

Actores del Proyecto

HOSPITAL NAZARETH ESE I NIVEL - BOGOTA – COLOMBIA

Población

10 personas en condición de discapacidad, familiares, cuidadores y líderes comunitarios para la conformación de un grupo con dos centros de trabajo que queda a una hora de distancia.

Resultados del Proyecto

Para la comunidad: 1. consolidación de líderes quienes representan a la comunidad en el consejo local de discapacidad. 2. Articulación intersectorial para apoyar la implementación de proyectos. 3. Veeduría ejercida por la comunidad a los proyectos de beneficio social implementados. Para el hospital: Fortalecimiento del posicionamiento de la transversalita al interior de la ESE y en la localidad. 2. Reconocimiento en la localidad del trabajo permanente desde el sector salud.

Proyecto 9

Nuevas Miradas De La Discapacidad

Objetivo General

El primer paso, insistimos, es cambiar la visión que se tiene del menor "discapacitado". Es cierto que la atención a la persona en situación de discapacidad ha ido aumentando, pero consideramos que todavía hay mucho por

hacer. Si bien no podemos olvidar, ni dejar de lado, sus dificultades (físico - motores - sensoriales- intelectuales etc.) Hay que tratarlo ante todo como un ser humano. En su gran mayoría, las personas con discapacidad en el departamento de Nariño, viven en condiciones de desventaja debido a las barreras físicas, sociales, culturales y económicas existentes.

Metodología

A partir de talleres vivenciales, prácticos y participativos que a través del hilo conductor de las herramientas artísticas y el afecto son la manera de explorar las necesidades de la familia, y como enfrentar las preocupaciones, hacer presencia frente a los entes públicos y privados, para tener en cuenta como planificar el futuro asumiendo a esta población que en el determinado momento y con un adecuado manejo pueden ser productivos afectiva, social y económicamente: 1. Los talleres a partir del arte y el afecto. 2. El arco iris de la diferencia, sensibilizar y promover la nueva visión de la discapacidad. 3. Modelando los afectos, aceptar la situación de discapacidad y roles sociales.

Actores del Proyecto

FUNDACION LUNA ARTE Taller de artes - Nariño - Colombia.

Población

Empleados municipales, educadores, líderes, familias, personas en situación de discapacidad de los municipios de Pasto, Mallana, Sandoná, La Unión, aproximadamente 350 personas.

Resultados del Proyecto

Los dirigentes ha reflexionado sobre la importancia de proporcionar a las personas con discapacidad, las veredas y sitios alejados de la cabecera municipal un medio de transporte, mediante solicitud, y compromiso de acuerdos para lograra transporte que les permita capacitarse y conocer vivencias positivas que pueden ser tomadas, imitadas o mejoradas por muchos de ellos. Y sobretodo aprender jugando, divirtiéndose y siendo un espacio de esparcimiento y aprendizaje.

Proyecto 10

Acciones Recreativas Basadas En Comunidad

Objetivo General

Propuesta metodológica orientada a identificar actores comunitarios que se formen como promotores recreativos de actividad física y construcción de hábitos de vida saludable para favorecer el bienestar integral de las personas en condición de discapacidad, sus familias, cuidadoras (res) y fortalecer la estructura de las redes locales de apoyo, en coordinación de la estrategia de RBC liderada por la Secretaria de Salud del Distrito.

Metodología

El proyecto se encuentra en la fase inicial: Diseño técnico y operativo, se han adelantado las revisiones conceptuales y técnicas para establecer los criterios de base que permitan una aplicación exitosa de la estrategia. Se han realizado acciones de pilotaje con los usuarios del Gimnasio recreativo, involucrando la participación directa de los familiares, cuidadores (ras) en el desarrollo y ejecución de actividades recreativas para la habilitación funcional.

Actores del Proyecto

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE - IIDRD - BOGOTA – COLOMBIA

Población

Personas con limitación, de todos los sectores, inicialmente los usuarios independientes que asisten al gimnasio recreativo - 190 personas.

Resultados del Proyecto

1. Motivación y sensibilización institucional. 2. Avance de la primera fase, en cuanto al diseño técnico. 3 Enlace con la Secretaria Distrital de Salud para el análisis de los puntos de encuentro de ambas estrategias.

Análisis de los Modelos

Los modelos revisados muestran múltiples actividades a desarrollar como el empoderamiento comunitario, acciones de sensibilización de la discapacidad, fomento de empleo, promoción de derechos y deberes, actividades de recreación y deporte, educación, entre otras, las personas involucradas en estos procesos no son únicamente discapacitados, los modelos revisados muestran gran interacción con la comunidad y los entes territoriales, las metodologías implementadas en estos proyectos van desde necesidad manifestada por los usuarios de tales proyectos, hasta capacitaciones con temáticas específicas enfocadas bajo un objetivo claro de intervención con la comunidad y el discapacitado, sus resultados son alentadores pues mencionan cohesión grupal y familiar, reconocimiento por parte del estado y otras comunidades, disminución en el reingreso hospitalario, entre otros, el número de usuarios no es ambicioso y le apunta a comunidades pequeñas y en algunos casos muy específicos según el área geográfica, edad, escolaridad o tipo de discapacidad. No son proyectos globales pues en algunos casos abarcan temáticas específicas como inserción laboral, educación, artes plásticas etc., cuentan con buena articulación intersectorial y gubernamental, buena parte son diseñados y ejecutados por ONGs. No se encontró una fuente de financiación, tampoco programación de actividades relacionada con la población objeto.

8. RESULTADOS

8.1 RESULTADOS PARA OBJETIVO UNO

Definir y describir del modelo de RBC para el municipio Pereira, aplicable a la población que habita zonas pobres y vulnerables.

Como primer resultado se anexa el documento con la plataforma y el modelo de RBC.

8.1.1 Plataforma del programa

8.1.1.1 Misión

Es un proyecto que ofrece servicios de Rehabilitación Basada en Comunidad, enfocados a la salud y el mejoramiento en la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad, con el cual se pretende brindar una alternativa diferente en la región. Basándose en un componente científico y humano que brinde excelente atención, calidad en el servicio y calidez humana.

8.1.1.2 Visión

Ser una iniciativa en el eje cafetero y el país, por la prestación de un servicio novedoso y eficiente que modifique el estilo de vida de las personas en situación de discapacidad, innovando nuestro servicio a la par del desarrollo tecnológico y científico con proyección de excelencia.

8.1.1.3 Objetivo del programa

Brindar servicios de Rehabilitación Basada en Comunidad, atención domiciliaria, creación y fortalecimiento de redes sociales de apoyo a personas en situación de discapacidad en el municipio de Pereira.

8.1.1.4 Valores

Este proyecto nace como una experiencia innovadora en la prestación de servicios alternativos para las personas en situación de discapacidad, a través de la unión de un equipo interdisciplinario como una alianza estratégica para llegar a un cambio y manejo de estilos de vida. Buscando un resultado colectivo a nivel comunitario.

Está basado en valores como la lealtad, calidad del servicio, sentido humano y ético, los cuales fundan nuestros principios tales como la innovación, calidad humana, responsabilidad, profesionalismo y cumplimiento.

8.1.2 Modelo de RBC propuesto para la secretaria de salud de Pereira

El modelo que se propone se fundamenta en el marco conceptual de referencia expuesto en el presente documento y se enmarca en las Normas, Políticas y Planes Nacionales, Departamentales, Municipales, Locales e institucionales del entorno en el que se desarrolle.

Su componente central está representado por una Red de Apoyo Social a las personas con discapacidad y sus familias en el nivel local, la cual se articula a su par en el nivel superior Municipal.

Se espera que con el abordaje de la RBC a través del modelo que se propone se logre el desarrollo de entornos familiares, institucionales y sociales accesibles en los cuales las personas con discapacidad puedan ejercer plenamente sus derechos y logren alcanzar un desarrollo funcional y personal que les permita la construcción y puesta en marcha de sus proyectos de vida. Con base en lo anteriormente planteado las acciones que se proponen se orientan a:

Desarrollar o fortalecer capacidades físicas, mentales y sociales de las personas con discapacidad, buscando que estas alcancen una plena integración social en su entorno familiar y social.

Asesorar a familias y cuidadores para que apoyen la integración familiar y social de la persona con discapacidad y logren en ellos un manejo adecuado de sus condiciones físicas y mentales.

Preparar a la comunidad para que conozca y entienda la discapacidad, desde su prevención, implicaciones, apoyos y necesidades de la población que la afronta.

Fortalecer procesos de participación social que promuevan la construcción y fortalecimiento de espacios accesibles para la integración y plena participación de la persona con discapacidad en los entornos familiar, escolar, laboral, cultural, deportivo, recreativo y comunitario en general; en referencia a la promoción, planeación, ejecución, evaluación y seguimiento de proyectos de desarrollo local.

8.1.3 Guía para el desarrollo del modelo

El modelo propuesto implica formación del recurso humano, organización y administración de la estrategia y desarrollo de la misma; por lo que se plantea su desarrollo a través de tres grandes componentes articulados entre sí, en los cuales se den: procesos de formación del recurso humano que apoye el desarrollo de la estrategia, espacios de concertación donde se realice la administración y gestión de esta y ejecución de intervenciones y proyectos que desarrollen habilidades personales e institucionales y transformen las comunidades en entornos accesibles para la plena participación y bienestar de las personas con discapacidad y sus familias.

El desarrollo de la estrategia de RBC en el municipio se iniciara con la formación del recurso humano que la pondrá en marcha, seguidamente se propone la

organización de las Red Local de Apoyo Social a la Discapacidad o Consejo Local de Discapacidad, el cual en conjunto con los demás Consejos Locales de Discapacidad harán parte de la Red Municipal de Discapacidad. Los Consejos Locales se consideraran como el componente central de la estrategia como órganos de concertación, administración y gestión de las intervenciones y proyectos que se desarrollen en cada localidad.

Una vez la estrategia comience su funcionamiento, el proceso de formación del recurso humano se hará permanente y será el encargado de que cada uno de los componentes propuestos funcione en forma adecuada y articuladamente.

8.1.3.1 Componente de Formación

Este corresponde a la formación del recurso humano tanto institucional para la coordinación o el desarrollo de la estrategia de RBC en la localidad, como al recurso de apoyo a la misma, representado en los miembros de la comunidad.

Este es un proceso que debe seguir cualquier miembro institucional o de la comunidad que en forma permanente participe en la coordinación o desarrollo de cualquiera de las acciones de RBC.

La formación se dará en dos niveles, uno dirigido a los profesionales que en la localidad se formaran como facilitadores o líderes de RBC y que serán los que asumirán funciones de coordinación y de desarrollo de esta y otro dirigido a las personas de la comunidad interesadas en participar en el desarrollo de la estrategia de RBC, y que actuaran como agentes de cambio o líderes comunitarios de discapacidad.

Formación de facilitadores o líderes de RBC:

Para este proceso de formación se plantea una capacitación inicial por la que deben pasar todos los profesionales que participaran en el desarrollo de la estrategia. Esta cubrirá temas fundamentales para la administración, gestión participación y ejecución de las diferentes intervenciones que se proponen para el

desarrollo de la estrategia. Para esta primera etapa de formación se sugiere abordar temas referentes a discapacidad (marco conceptual, implicaciones, abordaje y normativa), Sistema General de Seguridad Social del país (beneficios e implicaciones para la población con discapacidad), RBC (concepto general y conocimiento del modelo propuesto), Red de Apoyo Social (conceptualización, estructuración y funcionamiento de la Red de Apoyo Distrital/Municipal y Local de Discapacidad), planeación estratégica, desarrollo de proyectos, estrategia para trabajo en grupo, liderazgo, trabajo con familias y comunicación, entre otros que se considere fundamental desarrollar en esta fase. El profesional capacitado continuara su proceso de formación a través de capacitaciones permanentes en temas puntuales complementarios o de profundización de los ya desarrollados. Este proceso de formación continuada es el que realmente va a formar al profesional como facilitador o líder de RBC en el nivel Local. La planeación y desarrollo de la formación del primer recurso humano se podrá realizar inicialmente a través de una institución del sector que lidere la iniciativa de implementar la estrategia de RBC en la localidad. Esta institución líder deberá vincular en la formación de este recurso humano a profesionales de diferentes instituciones de otros sectores que se requieran para el funcionamiento de la estrategia. Una vez se tenga un primer grupo de profesionales capacitados, se deberá dar paso a la conformación de los Consejos Locales de Discapacidad y organizar las diferentes intervenciones a realizar en la comunidad.

Formación de agentes de cambio o líderes comunitarios de discapacidad:

Esta formación será asumida por un facilitador formado, el cual se apoyara en otros profesionales para el abordaje de temas que no sean de su experticia. Esta se dirige a personas de la comunidad interesadas en apoyar la RBC y asumir el papel de líder de discapacidad en su localidad. Al igual que la formación de facilitadores, esta se iniciara con una primera capacitación en la que se ofrezcan elementos conceptuales y prácticos fundamentales para que el participante comprenda el significado de la discapacidad y pueda orientar a las personas con

discapacidad y sus familias en aspectos elementales sobre derechos, deberes, normativas y seguridad social. De igual forma se darán otros elementos que lo prepararen para la participación en los Consejos Locales y en el desarrollo de algunas acciones que desde la estrategia de RBC se realicen. En esta primera capacitación se proponen temas fundamentales como: discapacidad (conceptos básicos, implicaciones personales, familiares y sociales, abordaje, prevención, derechos, deberes y normatividad), Seguridad Social, integración social y ocupacional de la persona con discapacidad, comunidad (participación, organización y conocimiento del modelo de RBC a desarrollar), estructuración y funcionamiento de la Red Local de Apoyo Social a la discapacidad, comunicación, liderazgo y bases para el desarrollo de proyectos sociales, entre otros temas que se considere necesarios abordar en este primer encuentro. Tanto las temáticas a desarrollar como el nivel de profundidad con que se den, dependerá del grupo al que se dirija la capacitación. Para continuar con la formación de agente de cambio o líder comunitario de discapacidad, se propone seguir este proceso con capacitaciones puntuales o el desarrollo de actividades que complementen o fortalezcan los conceptos y habilidades desarrolladas inicialmente y preparen realmente a la persona para asumir su compromiso. Finalmente se plantea el desarrollo de acciones de seguimiento, en las cuales se evalúen las dificultades y los logros de la formación y se formulen los ajustes necesarios para su optimización. La información sobre los miembros de la comunidad capacitados deberá alimentar el sistema de información Local que se construya a través del desarrollo de esta estrategia y que facilitara la identificación del recurso humano formado con que esta cuenta.

8.1.3.2 Componente de Concertación

Este hace referencia al proceso de conformación, consolidación y funcionamiento de la Red Local de Apoyo Social a la discapacidad o Concejo Local de Discapacidad. Los Consejos que se conformen en cada localidad deberán servir como espacios de concertación, coordinación, gestión y asesoría de planes,

proyectos y programas de bienestar para las personas con discapacidad y sus familias. Estos serán los encargados de administrar la estrategia. Para facilitar su funcionamiento y sostenibilidad, estos Consejos deberán estar articulados a un Consejo de apoyo a la discapacidad del Municipal, que los oriente, asesore y apoye en sus actuaciones. Las acciones de estos Consejos Locales deberán responder a las Políticas, Planes y Lineamientos dados desde este Consejo de orden superior. Tanto el Consejo Superior como el Local, deberán incluir representantes de los diferentes sectores y de la población con discapacidad formados como agentes de cambio. Los Consejos Locales en cada comunidad se constituirán en el centro de desarrollo de la estrategia de RBC, por lo que es importante que en su conformación se tenga en cuenta la vinculación de profesionales de los distintos sectores formados como facilitadores de RBC y de miembros de la comunidad formados. El funcionamiento del Consejo Local implicara una fase previa de conformación y consolidación en la cual estos se estructuren y fortalezcan como órganos centrales de la estrategia de RBC.

Conformación:

Esta hace referencia al establecimiento de una normativa que lo estructure y le de elementos fundamentales para su funcionamiento. En esta normativa se deberá plantear la razón de ser del Consejo, conformación y forma de elección de sus miembros, funciones que estos asumirán, periodos de reunión y otros aspectos que se considere importante tener en cuenta dentro de la norma. Una vez se establezca la norma, las instituciones Locales involucradas en el desarrollo de la estrategia de RBC, podrán realizar la elección y el posicionamiento de sus miembros, para que este se conforme oficialmente.

Funcionamiento:

Implica la participación en reuniones y encuentros periódicos programados por el Consejo, desarrollo de funciones administrativas propias del funcionamiento interno del Consejo, acciones de gestión externa interinstitucional o comunitaria y,

participación en la construcción y mantenimiento del sistema de información de la estrategia de RBC en la localidad.

Encuentros:

Corresponden a las reuniones periódicas que realizarán los miembros del Consejo y que les permitirá entre otros, llegar a acuerdos, planear, hacer seguimiento y evaluación al plan de trabajo y a los programas y proyectos desarrollados en la comunidad a través de la estrategia. Estos encuentros serán además un espacio para la socialización de información sobre las intervenciones de desarrollo comunitario planteadas desde la estrategia de RBC y que están bajo la responsabilidad de algunos de sus miembros.

Construcción y mantenimiento de un sistema de información local:

Los miembros del Consejo deben construir un sistema de información teniendo en cuenta la información requerida por niveles superiores o Municipales y la que ellos consideren importante almacenar; dándole prioridad a la que les permita levantar el diagnóstico de discapacidad de la comunidad. El mantenimiento del sistema implica una alimentación permanente, para lo cual los miembros del Consejo deben comprometerse a suministrar la información que les corresponda en forma clara y oportuna. La definición concertada de la información a almacenar, el contar con la centralización de la misma y el mantenimiento actualizado del sistema, será de gran utilidad para retroalimentar el desarrollo de la estrategia, la toma de decisiones y el fortalecimiento de la estrategia de RBC, entre otros.

8.1.3.3 Componente de Desarrollo Comunitario

Este se dirige al ofrecimiento de acciones directas en la comunidad, orientadas a desarrollar habilidades, educar y transformar actuaciones individuales y colectivas que mejoraren el bienestar de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores. El éxito de este, dependerá en gran medida de la formación y el compromiso del recurso humano que lo conduzca y de la eficiente labor que lleve

a cabo el Consejo Local. Este componente incluye las asesorías individuales o colectivas dadas a las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores; las actividades de información y movilización dirigidas a educar y sensibilizar a la comunidad, y el desarrollo de proyectos Intersectoriales de bienestar para la población con discapacidad y sus familias.

Asesorías

Estas se deben constituir en intervenciones claves para orientar y desarrollar habilidades a personas, instituciones y organizaciones de la comunidad, que faciliten la integración social de las personas con discapacidad y ofrezcan una mejor calidad de vida para ella, sus familiares y cuidadores. El desarrollo de cualquiera de estas intervenciones podría conducir a la necesidad de otra, por ejemplo durante el desarrollo de la asesoría a una entidad educativa se podría detectar la necesidad de una asesoría domiciliaria a un alumno con discapacidad o del suministro de una ayuda técnica con su correspondiente asesoría de manejo y mantenimiento de la misma. Estas intervenciones deben ser asumidas por profesionales formados como facilitadores y con un amplio conocimiento del manejo de la discapacidad.

Asesoría domiciliaria

Esta intervención se dirigirá a orientar a la persona con discapacidad, a la familia y los cuidadores, en el desarrollo de habilidades para el manejo de la discapacidad. Para el desarrollo de esta se propone: una evaluación de las condiciones de la persona, el ofrecimiento de la asesoría de acuerdo a necesidades detectadas y el seguimiento a la misma. Con base en la evaluación se debe plantear un plan de trabajo, en el cual se determine el número de visitas que se necesitaran para dar cumplimiento a este. El plan de trabajo puede incluir entre otros: educación en salud, prevención de deficiencias o de aumento en el grado de severidad de la discapacidad, técnicas elementales para el manejo de la discapacidad, orientación y apoyo para el ajuste de elementos o espacios que faciliten el desarrollo de

actividades de cuidado personal y de integración familiar y, transferencia de información sobre normativas, servicios o recursos comunitarios que apoyen la integración social de la persona con discapacidad objeto de la asesoría. En los casos en los cuales se detecte la necesidad de otro tipo de apoyo como rehabilitación institucional, educación, formación profesional, etc. se deberá hacer remisión a la entidad correspondiente. Para garantizar que el usuario remitido contara con las condiciones necesarias para la plena participación en los servicios que la entidad ofrece, el facilitador de RBC, deberá realizar la asesoría conveniente a dicha institución. Una condición que debe primar para el desarrollo de la asesoría es el interés y compromiso que asuman los usuarios de la misma.

Asesoría a cuidadores de personas con discapacidad

Esta será complementaria a la asesoría domiciliaria y se dirigirá principalmente al ofrecimiento de elementos teórico prácticos y de apoyo psicológico para el cuidado y bienestar del cuidador. Esta se constituirá en un espacio en el cual a través del desarrollo de actividades recreativas, culturales y de apoyo, se educara y asesorara al cuidador en el manejo de su salud física y mental, su tiempo libre y de situaciones que les puedan generar ansiedad y frustración. De igual forma a través de esta intervención se buscara fortalecer la autoestima y el autoconcepto del cuidador y desarrollar habilidades que le faciliten el manejo y cuidado de personas con discapacidad. El desarrollo de esta asesoría estará a cargo de facilitadores formados y será apoyada en caso necesario por profesionales expertos en el manejo de grupos de apoyo. Estas asesorías deberán ser programadas de acuerdo a las necesidades de cada grupo a asesorar. Entre otros se proponen como temas a abordar: discapacidad y sus implicaciones, promoción de hábitos de vida saludable, prevención de discapacidad, higiene de columna, construcción de facilitadores y eliminación de barreras que restrinjan la participación de la persona con discapacidad, aprovechamiento del tiempo libre, solución de conflictos, autoestima y autoconcepto. Estas asesorías se podrán desarrollar a través de actividades grupales dirigidas, en las que se incluyan:

exposiciones, conversatorio, dinámicas de grupo, actividades lúdicas y culturales, entre otras. Cada grupo contara con su propio plan de trabajo y evaluación de logros, dificultades y propuestas con base en lesiones aprendidas. Después de un tiempo prudencial, se programara una sesión de seguimiento, en la cual se hará el cierre o reprogramación de una asesoría complementaria.

8.1.3.4 Desarrollo de Proyectos Intersectoriales de beneficio a la población con discapacidad y su familia.

Los proyectos de desarrollo comunitario que se propongan como parte de la RBC, deben ser orientados al beneficio de la población con discapacidad y sus familias. Estos podrán ser promovidos por los Consejos Locales de Discapacidad o por otras entidades u organizaciones de la Localidad, como respuesta a necesidades identificadas por estas. La responsabilidad de desarrollar proyectos Locales deberá ser asumida por los diferentes sectores que tiene representación en la localidad. Estos podrán ser realizados por instituciones u organizaciones Locales, en forma individual o a través de uniones temporales en los casos que el proyecto implique el compromiso de mas de una entidad o de un sector. Los proyectos que se propongan desde el Consejo o desde las diferentes instituciones u organizaciones de la Localidad, deberán pasar por una fase de evaluación por parte de los Consejos; una de desarrollo del proyecto por parte de las entidades u organizaciones responsables, en la que los Consejos harán su seguimiento y darán la asesoría pertinente, y una fase de conclusión y socialización de resultados ante los miembros del Consejo y las entidades o personas que los realizadores consideren importante hacerlo. Es fundamental que la socialización de resultados de los proyectos se de también en espacios programados para la participación de la comunidad, como son las jornadas masivas de información y movilización. Los Consejo Locales deberán cumplir un papel fundamental en la promoción y desarrollo de proyectos, orientándolos al mejoramiento de la situación de discapacidad que vive la localidad donde ejercen sus funciones. Esto implica que los Consejos mantengan un sistema de información actualizado, que sus

miembros estén formados para su labor como facilitadores de RBC y que haya al interior de estos la correspondiente representatividad de los diferentes sectores a través de las instituciones locales.

8.1.4 Descripción de las actividades a desarrollar

Actividades	Descripción	Profesional
Grupo de Apoyo	Realizan actividades grupales donde interactúan la comunidad el discapacitado y su familia.	Equipo interdisciplinario (Profesional de Recreación y Deportes, Fisioterapeuta, Psicólogo, Trabajo Social)
Actividad Física Dirigida	Realizar actividad física dirigida y actividades de recreación que propendan por la mejora de la motricidad y el sano esparcimiento de la población objeto.	Profesional de Recreación y Deportes
Orientación Fisioterapéutica	Realizar acciones tendientes al manejo de habilitación y rehabilitación con un enfoque grupal, donde se entreguen herramientas para el desarrollo de estas actividades por parte de los discapacitados sus familias y la comunidad.	Fisioterapeuta
Orientación Psicológica	Brindar herramientas que propendan al mejoramiento de la salud mental y la calidad de vida de los discapacitados sus familias y la comunidad. Desde un enfoque social, participativo y comunitario.	Psicólogo
Orientación Psico Social	Empoderamiento comunitario en derechos y deberes de los discapacitados sus familias y la comunidad. Y la consolidación de las redes de apoyo comunitarias.	Trabajo Social

Actividades	Descripción	Profesional
Visitas socio familiares	Valoración y atención individual del discapacitado evalúa y orienta su condición psicológica y su entorno familiar, en forma periódica	Psicólogo
Formación de Cuidadores	Sensibilización de agentes comunitarios, y familiares del discapacitado, en pro de su auto cuidado y la atención adecuada al discapacitado por medio de la educación a través de elementos teóricos y prácticos aplicables a su situación.	Trabajadora Social
Atención extramural	Consulta médica general; evaluación del estado del usuario, control y formulación de medicamentos, en forma periódica.	Medico General
Visita domiciliaria	Valoración y atención individual del discapacitado; evalúa y orienta la condición física y motora en forma periódica	Fisioterapeuta
Ayudas técnicas	Diseño de soluciones simples y creativas que permitan adaptar y mejorar la condición del discapacitado a su entorno, con materiales económicos y de fácil acceso.	Técnico en Ortesis y Prótesis

8.2 RESULTADOS PARA OBJETIVO DOS

(Calcular el número de actividades a realizar según la población en situación de discapacidad que habita zonas pobres y vulnerables y que se determine como población objeto para el proyecto

Tabla 7. Indicadores generales para el cálculo de actividades en el programa de RBC del municipio de Pereira 2010

Actividad	población	extensión de uso	total de personas Atendidas	intensidad de uso Mensual	Total de actividades	N° de beneficiarios por actividad	N° de actividades Mensuales
grupo de apoyo							
Actividad física dirigida	973	100%	973	4,00	3.892	30	130
Fisioterapeuta	973	100%	973	1,00	973	20	49
Psicólogo	973	100%	973	1,00	973	20	49
T.Social	973	100%	973	2,00	1.946	20	97
visitas sociofamiliares	973	100%	973	0,50	487	1	487
formación de cuidadores	973	100%	973	1,00	973	21	46
Atención Extramural	973	100%	973	0,50	487	1	487
atención domiciliaria	973	100%	973	0,50	487	1	487
prog ayudas técnicas	973	100%	973	2,00	1.946	21	93

En esta tabla se observa el comportamiento de las actividades programadas para la población objeto del proyecto a un año con una cobertura del 100%, se proyecta las actividades que recibirán cada usuario por mes (intensidad de uso) a excepción de las visitas socio familiares, la atención extramural y la atención domiciliaria las cuales están programadas en periodos bimensuales, se muestra los valores de la programación por total de actividades del proyecto, el número de beneficiarios por actividad y el número de actividades mensuales; es de resaltar que la mayoría de actividades son de tipo grupal exceptuando tres de ellas, dado que por su orientación, están enfocadas a ser de tipo individual y en el domicilio del usuario, estas son: las visitas socio familiares, la atención extramural y la atención domiciliaria.

Tabla 8. Indicadores Generales para el Cálculo de actividades por Tiempo de Actividad y Recurso humano Necesario

Actividad	total de personas Atendidas	N° de actividades Mensuales	Rendimiento	N° de instrumentos	N° de horas disponibles rh	personal
grupo de apoyo						
Actividad fisica difigida	973	130	2,00	65	160	0,41
Fisioterapeuta	973	49	1,50	32	160	0,20
Psicologo	973	49	1,50	32	160	0,20
T.Social	973	97	1,50	65	160	0,41
visitas sociofamiliares	973	487	0,50	973	160	6,08
formacion de cuidadores	973	46	1,50	31	160	0,19
Atencion Extramural	973	487	0,50	973	160	6,08
atencion domiciliaria	973	487	0,50	973	160	6,08
prog ayudas tecnicas	973	93	1,50	62	160	0,39

En esta tabla se observa el comportamiento de las actividades programadas para la población objeto del proyecto, indicando los tiempos de ejecución de las actividades, los cuales oscilan entre los 30 minutos y las dos horas por actividad, es importante tener en cuenta que las actividades que no son grupales son las que menor tiempo destinado tienen por actividad, se estimo que para este proyecto las horas de disponibilidad del personal profesional son 160 horas mensuales, las actividades grupales son las que requieren menos recurso humano y las actividades individuales son quienes demandan mayor numero de recurso humano, esto se da por las características que el diseño del modelo le otorga a estas actividades.

8.3 RESULTADOS PARA EL OBJETIVO TRES

Identificar y describir los costos aplicables en el sistema general de salud a la atención desde una perspectiva comunitaria.

Tabla 9. Indicadores Generales para el Cálculo de Referencia de salario por profesional

Actividad	total de personas Atendidas	Rendimiento	N° de horas disponible RH	valor hora	valor sesion	valor salario Mensual RH
grupo de apoyo						
Actividad fisica difigida	973	2,00	160	\$ 13.769	\$ 27.538	\$ 2.203.000
Fisioterapeuta	973	1,50	160	\$ 13.769	\$ 20.653	\$ 2.203.000
Psicologo	973	1,50	160	\$ 13.769	\$ 20.653	\$ 2.203.000
T.Social	973	1,50	160	\$ 13.769	\$ 20.653	\$ 2.203.000
visitas sociofamiliares	973	0,50	160	\$ 13.769	\$ 6.884	\$ 2.203.000
formacion de cuidadores	973	1,50	160	\$ 13.769	\$ 20.653	\$ 2.203.000
Atencion Extramural	973	0,50	160	\$ 22.500	\$ 11.250	\$ 3.600.000
atencion domiciliaria	973	0,50	160	\$ 12.500	\$ 6.250	\$ 2.000.000
prog ayudas tecnicas	973	1,50	160	\$ 12.500	\$ 18.750	\$ 2.000.000

En esta tabla se denota el valor del salario mensual que devengarían los profesionales que intervendrían en el proyecto, el valor a pagar sale del referente de los salarios de la Secretaria de Salud y Seguridad Social, el cual está bajo el modelo de contratación de prestación de servicios. De estos valores se discriminan el valor por hora el cual sale de dividir el monto del salario entre el número de horas disponibles del RH, y el valor de la sesión que es el producto entre la multiplicación entre el valor hora por el rendimiento. Los valores por sesión oscilan entre los \$ 6.250 y los \$ 27.538

Tabla 10. Precio por Beneficiario del Programa Primer Trimestre

Actividad	total de personas Atendidas	N° de beneficiarios por actividad	valor usuario mes	intensidad anual	valor usuario anual	valor actividad año
grupo de apoyo						
Actividad fisica difigida	973	30	\$ 918	48	\$ 44.060	\$ 42.870.380
Fisioterapeuta	973	20	\$ 1.033	12	\$ 12.392	\$ 12.057.294
Psicologo	973	20	\$ 1.033	12	\$ 12.392	\$ 12.057.294
T.Social	973	20	\$ 1.033	24	\$ 24.784	\$ 24.114.589
visitas sociofamiliares	973	1	\$ 6.884	6	\$ 41.306	\$ 40.190.981
formacion de cuidadores	973	21	\$ 983	12	\$ 11.802	\$ 11.483.138
Atencion Extramural	973	1	\$ 11.250	6	\$ 67.500	\$ 65.677.500
atencion domiciliaria	973	1	\$ 6.250	6	\$ 37.500	\$ 36.487.500
prog ayudas tecnicas	973	21	\$ 893	24	\$ 21.429	\$ 20.850.000
Total					\$ 273.164	\$ 265.788.676

En esta tabla se observa los valores que se obtienen desde la programación mensual y anual, teniendo en cuenta el numero de actividades programadas de forma mensual y anual descrito en las tablas anteriores, se puede ver como se desagrego el costo por valor de usuario mensual, valor usuario anual y valor actividad anual, de donde se obtiene el valor total del proyecto por programación de actividades y recurso humano. Se resalta el bajo costo del valor de las actividades discriminado por usuario al mes donde los valores oscilan entre \$ 11.250 y \$ 893, de igual forma se observa el comportamiento de las actividades desagregadas por valor usuario anual, las cuales muestran valores que van desde los \$ 11.802 hasta \$ 67. 500, donde para los dos casos, el costo desagrado más alto es el de atención extra mural, el cual es desarrollado por medico general. El valor por usuario anual se calcula en \$ 273.164 un valor muy atractivo, teniendo en cuenta que es ampliamente superado por la sola atención de una persona discapacitada en un periodo extremadamente inferior al que ofrece el proyecto, al ingresar a un servicio de hospitalización. El mismo análisis podríamos realizar si el valor por usuario anual lo proyectamos al total de la población objeto, el cual nos daría el costo total del proyecto por atención, el cual está estimado en \$ 265.788.676, cifra muy alentadora para los entes territoriales y las empresas

prestadoras de servicios de salud EPS, pues teniendo en cuenta que la población objeto es de 40 a 74 años, su discapacidad está muy sujeta a procesos patológicos crónicos que generan sobrecosto a sistema de salud, lo que convierte a este proyecto en una alternativa viable y sostenible, pues por un costo razonable ofreciendo no solo una buena cobertura si no una amplia prestación de servicios, basada en unos principios y valores que brindan calidad en la atención y un mejoramiento en la calidad de vida de los usuarios y sus familias.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El modelo ofrece beneficios tales como: una total cobertura de la población objeto, un amplio número de actividades por usuario, cuenta con un equipo interdisciplinario y una buena gama de servicios, los cuales ofrecen una alternativa diferente a la atención tradicional del modelo de salud actual, pues con este proyecto se toman aspectos sociales, comunitarios, culturales y familiares, que transforman la atención en salud para las personas con discapacidad, hacia una nueva alternativa de atención en salud, mas global y humanizada.

Indudablemente los costos del modelo son atractivos pues con un presupuesto cómodo, ofrecen una alternativa rentable, frente a la demanda de servicios desborda y de alto costo, a los cuales se ve expuesto el sistema de salud actual a la hora de atender las enfermedades crónicas y las discapacidades.

La RBC es una estrategia eficaz para incrementar la actividad comunitaria en pro de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad mediante su incorporación a programas centrados en los derechos humanos, la reducción de la pobreza y la integración.

La participación para las personas con discapacidad, es un derecho que le permite a la población ser parte de la sociedad como cualquier ciudadano y así contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo. En este sentido la participación promueve el reconocimiento y el ejercicio de los deberes y derechos a través diferentes mecanismos que nacen del contexto social y lo influyen para la toma de decisiones y el fortalecimiento de las redes y organizaciones sociales, convirtiéndose en un principio fundamental para la construcción políticas y las transformaciones sociales.

El modelo ofrece únicamente la programación de actividades y su costo solo está estimado desde el recurso humano, carece de los costos por administración, operación y materiales. El modelo pretende mostrar que desde la programación y el cálculo del costo por recurso humano se puede generar una nueva alternativa de atención y deja abierta la posibilidad de modificar valores que permitan ingresar los costos que no fueron tenidos en cuenta, sin necesidad de incrementar demasiado el costo inicial que se ha propuesto.

A pesar de que el modelo no visualiza directamente las fuentes de financiación del proyecto, se sugiere que esta sea mixta y no asumida por un solo actor, pues la dinámica del diseño aplica para una serie de actividades que están contenidas en el plan de salud pública (actividades de promoción y prevención) y otras contenidas en la prestación de servicios del plan obligatorio de salud POS, según lo dispuesto en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos, Resolución 5261 de 1994, lo cual posibilita que el proyecto sea financiado por fuentes privadas y públicas, lo cual resaltaría aun más el ánimo de novedad del proyecto y la distribución de la inversión haciéndolo más económico y rentable. Para las partes involucradas.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. CONPES SOCIAL 80 “Política Pública Nacional de Discapacidad”. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, D.C., 26 Julio de 2004.
2. RESUMEN REGIONAL DE LAS AMÉRICAS. OPS/OMS 2004. Disponible en: http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/rehabilita/resumen_regional.htm. [Consulta: Agosto 27 de 2004].
3. COMMUNITY - BASED REHABILITATION (CBR) with and for people disabilities, Joint paper 2002, ILO, UNESCO, UNICEF, WHO.
4. REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD, RBC, con y para las personas con discapacidad, ponencia conjunta: OIT, UNESCO y OMS. 1994.
5. REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD COMO ESTRATEGIA PARA PAÍSES EN DESARROLLO. Robert Ransom. En: CONFE. México. Vol. 12, No. 2 (Otoño - Invierno, 1999); p. 14.
6. HERNÁNDEZ J -JARAMILLO, HERNÁNDEZ I, Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia [artículo en internet], 2005 [consulta: 12 de enero de 2009] Rev. Salud pública. 7 (2): 130-144 disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?scrip=sci_issues&pid=0124-0064&Ing=es&nrm=iso
7. BOYCE W, Escuela de Terapia de Rehabilitación Grupo de Evaluación de Programas Sociales (School of Rehabilitation Therapy, Social Program Evaluation Group, Queen's Univerinformacion bibliográfica sity, Kingston, Canadá) Disability world vol 9 junio – agosto 2003
8. OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de Salud (OMS), 2004. *RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.*

9. COLOMBIA. Dirección de Censos y Demografía. Información Estadística de la Discapacidad. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 2004.
10. PEREIRA. Secretaria de Planeación Municipal. Plan de Desarrollo Municipal “Pereira Región de Oportunidades” 2008-2011. Adoptado según Acuerdo Número Veintiuno (21) de 2008. Pereira: Alcaldía Municipal de Pereira. 2008
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Organización de las Naciones Unidas, Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), Organizaciones de Personas con Discapacidad, y the Ministry of Social Affairs and Health Helsinki, Finland *Theme Paper. International Consultation on Reviewing Community Based Rehabilitation (CBR)*.2003.
12. ORGANIZAC OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de Salud (OMS), 2004. *RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.*
13. BREVES NOTICIAS DE DISCAPACIDAD. Disability World revista electrónica, Volumen No. 18 Abril-Mayo 2003
14. PLANELLA RIVERA, Jordi. Subjetividad, disidencia y discapacidad: Prácticas de acompañamiento social. Editorial Fundación ONCE. Madrid. 2006. Pág. 96.
15. COLL, C. Psicología y Currículo: una aproximación psicopedagógica a la elaboración del currículo escolar. Barcelona: Paidós, 1991. p. 89. Op. cit., p. 141.
16. COLL, C *et al.* Los contenidos en la reforma: enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. Madrid: Ediciones Santillana, 1998. p. 92.
17. BELTRAN LLERA, J y BUENO ÁLVAREZ, J. Psicología de la educación. México: Alfaomega Grupo Editor, 1997. p. 486 – 487.
18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2001. Clasificación Internacional del

Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) HELANDER, E., Mendis, P., Nelson, G. and Goerdt, A. (1989). Training in the community for people with disabilities. World Health Organization, Geneva.

19. PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD 1999 – 2002. Ministerios de: Salud, Educación, Cultura, Comunicaciones, Desarrollo, Transporte, Hacienda, trabajo, Defensa Nacional, Comercio Exterior; Red de Solidaridad Social, Institutos adscritos y vinculados, Redes Territoriales de apoyo a la Habilitación / Rehabilitación. Colombia 1999.

20. LA SALUD EN LAS AMÉRICAS, edición de 2002, volumen I. OPS.

21. RESUMEN REGIONAL DE LAS AMÉRICAS. OPS/OMS 2004. Disponible en: http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/rehabilita/resumen_regional.htm. [Consulta: Agosto 27 de 2004].

22. COMMUNITY - BASED REHABILITATION (CBR) with and for people disabilities, Joint paper 2002, ILO, UNESCO, UNICEF, WHO.

23. Memorias, V ENCUENTRO RBC: “Todas las manos todas” Pereira, 13, 14, y 15 de agosto de 2008. Pág. 69 – 120. Fundación Saldarriaga Concha. ISBN. 978-958-44-4873-6.

11. ANEXOS.

11.1 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y COSTO DE RECURSO HUMANO PROYECTO DE RBC PEREIRA 2010.

Actividad	población	extensión de uso	total de personas Atendidas	intensidad de uso Mensual	Total de actividades	N° de beneficiarios por actividad	N° de actividades Mensuales	Rendimiento	N° de instrumentos	N° de horas disponibles Rh	personal	valor hora	valor sesión	valor salario Mensual RH	valor usuario mes	intensidad anual	valor usuario anual	valor actividad año
grupo de apoyo																		
Actividad física dirigida	973	100%	973	4,00	3.892	30	130	2,00	65	160	0,41	\$ 13.769	\$ 27.538	\$ 2.203.000	\$ 918	48	\$ 44.060	\$ 42.870.380
Fisioterapia	973	100%	973	1,00	973	20	49	1,50	32	160	0,20	\$ 13.769	\$ 20.653	\$ 2.203.000	\$ 1.033	12	\$ 12.392	\$ 12.057.294
Psicólogo	973	100%	973	1,00	973	20	49	1,50	32	160	0,20	\$ 13.769	\$ 20.653	\$ 2.203.000	\$ 1.033	12	\$ 12.392	\$ 12.057.294
T.Social	973	100%	973	2,00	1.946	20	97	1,50	65	160	0,41	\$ 13.769	\$ 20.653	\$ 2.203.000	\$ 1.033	24	\$ 24.784	\$ 24.114.589
visitas sociofamiliares	973	100%	973	0,50	487	1	487	0,50	973	160	6,08	\$ 13.769	\$ 6.884	\$ 2.203.000	\$ 6.884	6	\$ 41.306	\$ 40.190.981
formación de cuidadores	973	100%	973	1,00	973	21	46	1,50	31	160	0,19	\$ 13.769	\$ 20.653	\$ 2.203.000	\$ 983	12	\$ 11.802	\$ 11.483.138
Atención Extramural	973	100%	973	0,50	487	1	487	0,50	973	160	6,08	\$ 22.500	\$ 11.250	\$ 3.600.000	\$ 11.250	6	\$ 67.500	\$ 65.677.500
atención domiciliaria	973	100%	973	0,50	487	1	487	0,50	973	160	6,08	\$ 12.500	\$ 6.250	\$ 2.000.000	\$ 6.250	6	\$ 37.500	\$ 36.487.500
prog ayudas técnicas	973	100%	973	2,00	1.946	21	93	1,50	62	160	0,39	\$ 12.500	\$ 18.750	\$ 2.000.000	\$ 893	24	\$ 21.429	\$ 20.850.000
Total																	\$ 273.164	\$ 265.788.676

11.2 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y COSTO DE RECURSO HUMANO PROYECTO DE RBC PEREIRA 2010.

Diagrama Metodológico.

Actividad	población	extensión de uso	total de personas Atendidas	intensidad de uso Mensual	Total de actividades	N° de beneficiarios por actividad	N° de actividades Mensuales	Rendimiento	N° de instrumentos	N° de horas disponible Rh	personal	valor hora	valor sesión	valor salario Mensual RH	valor usuario mes	intensidad anual	valor usuario anual	valor actividad año	
grupo de apoyo	población objeto	Cobertura de atención	población X extensión de uso	frecuencia de atención mensual por usuario	Total de personas atendidas X intensidad de horas mensuales	cantidad de usuarios distribuidos por actividad	Total de Actividades / N° de Beneficiarios por Actividad	numero de horas implementadas por actividad	N° de actividades Mensuales / N° de actividades Mensuales	8 * 5 * 4	N° de instrumentos / N° de horas disponible Rh	valor salario Mensual RH / N° de horas disponible Rh	valor hora X Rendimiento	valor sesión / N° de beneficiarios por actividad	intensidad de uso Mensual X 12 meses	valor usuario mes X intensidad anual	valor usuario anual X total de personas Atendidas		
Actividad física dirigida																			
Fisioterapia																			
Psicólogo																			
T.Social																			
visitas sociofamiliares																			
formación de cuidadores																			
Atención Extramural																			
atención domiciliaria																			
prog ayudas técnicas																			
Total																			

