

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD BOGOTÁ - COLOMBIA



ALIX SOLÁNGEL GARCÍA RUIZ, TO MG.
*Coordinadora programa de prevención
y manejo de la discapacidad
Secretaría Distrital de Salud*



CORRESPONDENCIA

Dirección Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud.
Calle 13 No. 32-69. Teléfono 3649090
Correo electrónico: asgarcia@saludcapital.gov.co

RESUMEN

ANTECEDENTES: los postulados de las Normas Uniformes de las Naciones Unidas plantean que "la rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes..."(1).

OBJETIVO: describir el Programa de Prevención y Manejo de la Discapacidad como experiencia exitosa, organizado en tres componentes: prevención de la discapacidad, rehabilitación basada en comunidad y rehabilitación funcional. Las acciones dentro del Programa se han orientado a promover el reconocimiento de las personas con discapacidad como miembros de la sociedad, con derechos y deberes ciudadanos; promover el empoderamiento de la población con discapacidad y sus familias; prevenir la discapacidad por eventos prevenibles y garantizar los servicios de rehabilitación funcional para las personas con discapacidad transitoria o permanente en el Distrito Capital.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: el Programa tiene como centro de acción la ciudad de Bogotá, se genera desde la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y se interrelaciona con los demás sectores distritales y nacionales que trabajan en el tema de discapacidad. Se describe la construcción y puesta en marcha del Programa, sus componentes —prevención de la discapacidad, (re)habilitación basada en comunidad y (re)habilitación funcional, incluyendo entrega de ayudas técnicas— y los logros y proyecciones.

RESULTADOS: la consolidación, en los últimos tres años, del "Consejo Distrital para las personas con limitantes de carácter físico, psíquico y sensorial"; el comité técnico, donde se gestaron la política y el plan distrital, ha puesto en la agenda pública de los tres últimos gobernantes de la ciudad el tema de discapacidad; estos procesos intersectoriales han contribuido para que el programa responda a los compromisos que

como sector salud asume desde el Consejo Distrital y se articule con los programas desde los sectores de educación, bienestar, recreación, cultura, espacio público y desarrollo urbano, entre otros.

CONCLUSIONES: las intervenciones se realizan en varios niveles, así: a) persona (paciente), b) familia, c) organizaciones, d) sociedad (grupos comunitarios) y e) gobierno, que van desde lo individual (desarrollo de conocimientos, actitudes, habilidades o técnicas, comportamientos, ejecución ocupacional) hasta lo colectivo (desarrollo de prácticas, normas, legislación y políticas cuyas estrategias son de educación, entrenamiento, consejería, comunicación y desarrollo comunitario). El perfil de quienes trabajan en estos programas debe ser de terapeutas, educadores, entrenadores, consejeros, defensores, gerentes e investigadores.

PALABRAS CLAVE: discapacidad, (re)habilitación basada en comunidad, (re)habilitación funcional.

INTRODUCCIÓN

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá, como ente de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene como función generar línea técnica, ofrecer asesoría y asistencia, y vigilar y controlar la prestación de todos los servicios de salud en la ciudad. Para ello organiza tres ejes de acción fundamentales: la salud pública, el aseguramiento y el desarrollo de servicios, con el fin de cumplir estas responsabilidades.

La Secretaría identifica la prevención y el manejo de la discapacidad como una prioridad, dada por la magnitud del problema generado por la violencia generalizada, el comportamiento demográfico y el desarrollo técnico y tecnológico.

Teniendo en cuenta lo anterior, y con el fin de dar respuesta a los bogotanos, el programa se organiza en tres componentes: la prevención de la discapacidad, la (re)habilitación basada en comunidad y la (re)habilitación funcional, cuyas intervenciones están a cargo de los planes de beneficios —plan de atención básica y plan obligatorio de salud—

. La financiación del programa proviene de transferencias de la nación, de recursos propios para el Plan de Atención Básica y de recursos del régimen contributivo y subsidiado para el Plan Obligatorio de Salud.

La Secretaría Distrital de Salud, en concordancia con el plan distrital de discapacidad 2001-2005, se propone contribuir a mejorar la calidad de vida con la construcción de proyectos que rescaten ante todo las habilidades, destrezas, sueños y potencialidades de las personas con discapacidad en Bogotá, a través de las intervenciones desarrolladas en sus componentes.

MARCO DE REFERENCIA

Estudios recientes (2) consideran a la discapacidad como una condición relacionada con el funcionamiento del cuerpo, la ejecución de actividades de la persona y su participación en la sociedad. Esto significa que se requiere de un enfoque social, de trabajo intersectorial para hacer las modificaciones ambientales y posibilitar a las personas con discapacidad a participar de la cotidianidad de la vida. El concepto de discapacidad (3) tiene en cuenta aspectos como: la discapacidad resulta de la interacción entre la persona y el ambiente donde vive, las posibilidades de vida y la calidad de vida de las personas con discapacidad y un paradigma de apoyo que fortalezca la atención de las personas con discapacidad. Por esto el programa se debe centrar en el apoyo, el empleo y la educación integradora, y en el desplazamiento hacia una aproximación no categórica de la discapacidad, que vaya más allá de los diagnósticos clínicos.

Esta interacción con el ambiente ha sido denominada por algunos autores como el *desempeño funcional para la vida*(4), en el que el individuo tiene la capacidad para integrar armónicamente el movimiento, las acciones comunicativas y ocupacionales, en ambientes naturales, de manera independiente y efectiva, a fin de satisfacer sus necesidades y de conformidad con las exigencias familiares, sociales y laborales.

Para la Secretaría Distrital de Salud la discapacidad está relacionada con la posibilidad, oportunidad o limitación que tienen las personas para la ejecución de sus actividades —con apoyos o sin ellos—, de interactuar con su medio ambiente, y en especial, de participar en diferentes contextos de la vida cotidiana, por ello las intervenciones que se proponen se soportan

en el reconocimiento de la persona, su participación en los procesos, los ambientes naturales, la interdisciplinariedad, entre otros (5).

De otra parte, las normas internacionales y nacionales para la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad se constituyen en los instrumentos que guían la acción, en especial para la aplicación de los derechos fundamentales como ejercicio cotidiano.

En Colombia la Constitución Política de 1991 protege a las personas con discapacidad en especial en los Artículos 13 y 47. Bajo este marco internacional y nacional se formulan normas que orientan el quehacer de los programas tanto de beneficio para las personas con discapacidad como de su prevención, que a su vez se operativizan en políticas en las instituciones públicas y privadas.

En Bogotá se constituye el "Consejo Distrital para las personas con limitantes de carácter físico, psíquico y sensorial" (Acuerdo 16/94 y 22/99 del Concejo de Bogotá) como la instancia de coordinación y asesoría de planes, programas y proyectos de atención a la población con discapacidad, y en conjunto con el comité técnico y los consejos locales, constituyen la red territorial de apoyo social, sistema organizado de personas e instituciones que articula experiencias, conocimientos, servicios, programas, disciplinas, funciones y competencias, además de recursos y esfuerzos de diferentes sectores con el fin de concretar mecanismos de respuesta a la solución de problemas o necesidades de la población. Allí participan entidades del gobierno, instituciones de formación, organizaciones no gubernamentales y las asociaciones de las personas con discapacidad. Bajo este ámbito se construyó la política Distrital "Concertando entornos colectivos para las personas con discapacidad" (6), que propuso crear nuevos espacios colectivos, concertados entre la sociedad, el Distrito Capital y las personas con discapacidad que modificarán drásticamente la tradición basada en la discriminación y el desconocimiento. Se ha tratado, por lo tanto, de reconstruir un sistema y un proceso de vida que demanda el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derechos, integradas a la sociedad por lazos fuertes y con un intenso desarrollo de sus potencialidades, habilidades, destrezas y facultades.

Actualmente, en el Plan Distrital de discapacidad (7) se operativizan las propuestas de la política Distrital. La instancia en la que se gesta este Plan es el "Consejo Distrital para las personas con limitantes de carácter físico, psíquico y sensorial", y su comité técnico, dando cumplimiento a

las funciones descritas en el Acuerdo 16 de 1994 y 22 de 1999 del Concejo de Bogotá. El Plan se constituyó en el órgano de articulación de las acciones de actores públicos, privados, comunitarios y las mismas personas con discapacidad.

ANTECEDENTES

La Secretaría Distrital de Salud tiene la responsabilidad de crear las condiciones de acceso de la población a los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado mediante la dirección, coordinación, asesoría, vigilancia y control de los diferentes actores.

La prestación de servicios para las personas con discapacidad en la Secretaría Distrital de Salud se inició en 1979 (Resolución 002 de marzo de 1979) como una estrategia innovadora para ese entonces, en respuesta a un estudio sobre la oferta y demanda de los servicios de rehabilitación en la capital para implementar servicios de rehabilitación primaria y fortalecer las unidades de los hospitales de tercer y cuarto nivel.

Desde ese entonces, el desarrollo científico y técnico del programa ha sido uno de sus objetivos que se manifiesta en la realización de "La primera semana de la actualización en rehabilitación" (1985), "Segunda semana de actualización en rehabilitación" (1986), participación en el Plan Supervivir (1986/1988), Coordinación del programa de prevención, tratamiento y rehabilitación de discapacidades y disturbios en edad evolutiva-Petrev (1987), elaboración de "Normas técnico-administrativas del programa de rehabilitación" (1994), construcción de la política Distrital "Concertando entornos colectivos para las personas con discapacidad" (1997), elaboración de la investigación "Factores que determinan el impacto de los servicios de rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica en Santa Fe de Bogotá" (1998) "Capacitación a cuidadores en Rehabilitación Basada en Comunidad" (1999), "Capacitación en lengua de señas a funcionarios de salud" (1999), "Sistematización de la Información de Recursos en Discapacidad, SIRD" (1999), estrategia comunicativa "Una limitación hace la vida dura... un prejuicio la hace imposible" (1999), elaboración de "Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad" (2001), y coordinación en la elaboración del "Plan Distrital de Discapacidad 2001-2005".

Los anteriores documentos, trabajos y reflexiones han permitido el desarrollo del programa en términos de estructuración, definición de nuevas estrategias, cualificación de los profesionales, organización de los servicios de rehabilitación, participación de las personas con discapacidad y fortalecimiento de las familias y las personas.

MARCO DEMOGRÁFICO

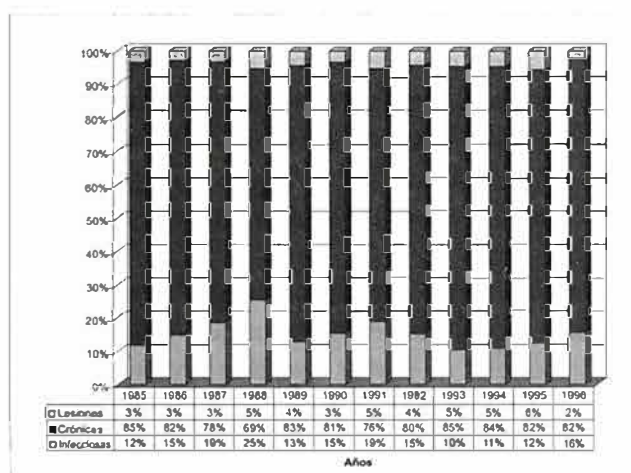
En el Distrito, si se acepta la prevalencia del 1.2% propuesta por la OMS, habría 720.000 habitantes con discapacidad, cifra posiblemente subestimada en los reportes del censo nacional de población realizado por el Dane en 1993, el cual reportó la existencia de 63.143 personas con alguna discapacidad, que correspondería al 1.2% de la población de la ciudad. De éstos se calculó que el 48% presentaba ceguera, el 27% sordera, el 24% parálisis de alguno de sus miembros, el 17% retardo mental y el 4.7% mudez (8)

Por otra parte, de acuerdo con el estudio "La carga de enfermedad en Santa Fe de Bogotá" (9), 60% de los años perdidos de vida saludable (Avisa) se debe a la mortalidad y el 40% a la discapacidad. La distribución proporcional de los Avisa muestra un gran predominio del grupo de enfermedades crónicas, las cuales se asocian a períodos mayores de discapacidad (ver figura)

Según el mismo estudio, en el grupo de 0 a 4 años, tanto para hombres como para mujeres, la primera causa de la carga de enfermedad, medida en Avisa, en cuanto a discapacidad, se refiere a las anomalías congénitas y le siguen las afecciones perinatales. En el grupo de 4 a 15 años, las principales causas de discapacidad en mujeres son la cardiopatía reumática y las anemias por déficit nutricional, y en hombres, el asma bronquial y la epilepsia. En el grupo de 15 a 44 años, las principales causas en mujeres son las enfermedades músculo-esqueléticas, especialmente artritis reumatoidea, las anemias y las afecciones neuropsiquiátricas; en hombres, las hernias y la hipertensión arterial. Para la población entre 45 y 59 años, en mujeres la artritis reumatoidea y en hombres la cardiopatía isquémica. Y en mujeres mayores de 60 años las principales causas son las neuropsiquiátricas, las neumonías, la cardiopatía isquémica y la enfer-

medad pulmonar obstructiva crónica; en hombres la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la cardiopatía isquémica.

ESTRUCTURA PORCENTUAL DE AVISOS DE DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPOS Bogotá 1985-1996



Fuente: La carga de la enfermedad en Santa Fe de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud., 1997.

Teniendo en cuenta que el patrón de salud - enfermedad de Bogotá está influenciado por los procesos de transición demográfica y epidemiológica, se observa que mientras se reducen la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas, coexisten e incluso se incrementan las enfermedades crónicas, el complejo trauma-violencia y las condiciones asociadas con la salud materna y perinatal, factores predisponentes a la presencia de discapacidad.

Los accidentes de tránsito no fatales representan un evento importante puesto que generan altos costos en atención en discapacidad. La incidencia de este evento en 1992 fue del 9.75 por 10 mil habitantes; en 1996, 18.85 por 10 mil habitantes y en 1997, 17 por 10 mil habitantes. Según la Secretaría de Tránsito y Transporte de Bogotá (10), en un día ocurren 145 siniestros. Durante 1999 ocurrieron, aproximadamente, 50 mil siniestros, de los cuales los accidentes con muerto representan el 1% y los accidentes con heridos 32%, cuyo impacto no se conoce en términos de generación de discapacidad.

LA OFERTA DE SERVICIOS

En Bogotá D.C. existen Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de carácter privado y público, localizadas a lo largo y ancho de la ciudad, con servicios de rehabilitación en los diferentes niveles de complejidad. Para el acceso a los servicios de atención, los usuarios fluyen a través de la red de prestadores que para tal fin haya contratado la empresa a la cual se encuentren afiliados (EPS o ARS); las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, intra y extramurales, así como los servicios de atención y rehabilitación funcional, incluyendo los bancos de ayudas técnicas que se suministran a los usuarios con algún tipo de discapacidad física, se llevan a cabo a través de la red pública adscrita a esta Secretaría y la población objeto es el total de los residentes de la ciudad.

Para la prestación de servicios la Secretaría Distrital de Salud cuenta con 22 hospitales públicos descentralizados que actúan como Empresas Sociales del Estado, diez de primer nivel de atención, siete de segundo nivel y cinco (5) de tercer nivel, distribuidas en las veinte localidades en las cuales se encuentra dividida políticamente la ciudad, con 144 puntos de atención de todos los niveles de complejidad, que van desde unidades de atención básica primaria hasta hospitales con tecnología de punta y máxima capacidad resolutive.

Para potenciar y racionalizar los servicios de salud, la ciudad ha sido dividida en cuatro subredes, cada una con hospitales de la red pública en todos los niveles de complejidad, dentro de las cuales los usuarios acceden a los diferentes servicios, desde la búsqueda y captación a través de visitas domiciliarias, hasta la prescripción, entrega y entrenamiento de ayudas técnicas, en caso de necesidad.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA



Teniendo en cuenta las responsabilidades de la Secretaría y las tendencias conceptuales asumidas en el programa, donde priman el enfoque social y el reconocimiento de la persona, la experiencia se organiza en tres componentes mencionados anteriormente: prevención de la discapacidad, rehabilitación basada en comunidad y rehabilitación funcional.

La descripción presenta la definición, el objetivo y las intervenciones que incluye cada uno (ver cuadro)

COMPONENTE DE PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD:

Definición: comprende las acciones y medidas que limitan la aparición de discapacidad, identifican la presencia de efectos asociados a la discapacidad o la progresión de enfermedad en cualquier punto de su proceso.

Objetivo: pretenden proteger la salud y el bienestar de la sociedad dirigiendo esfuerzos hacia poblaciones que se consideren en riesgo, minimizando los efectos y maximizando la función.

Intervenciones: las acciones específicas que se realizan tienen que ver con el entrenamiento psicofísico del parto, vacunación, programas de estimulación adecuada, identificación de riesgos auditivos, visuales, motores y adaptativos en menores de 12 años, prevención de la discapacidad en enfermedades crónicas y enfermedades transmisibles, riesgos cardiovasculares y estrés post-traumático, prevención de accidentes en el hogar, la calle y la escuela.

Financiación: estas acciones se ejecutan y se articulan en el Plan de Atención Básica y en el componente de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud, en las consultas de crecimiento y desarrollo, y en el control de enfermedades crónicas, las cuales han quedado soportadas dentro de las políticas de atención a la infancia y la política de enfermedades crónicas para la ciudad.

COMPONENTE DE (RE)HABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD

Definición: es la estrategia de cambio del cuidado institucional al cuidado en el hogar, que provee entrenamiento a los profesionales de las áreas sociales y de la salud y enfatiza en acciones hacia el desarrollo comunitario.

La RBC en Bogotá, se caracteriza por:

- ✓ La presencia de un profesional coordinador de las actividades en cada localidad, con capacidad de dar orientación sobre derechos y deberes a las personas con discapacidad, las familias y las instituciones.
- ✓ La conformación y fortalecimiento del Consejo Local de discapacidad como red de apoyo social.

- ✓ El desarrollo de acciones educativas y de formación a la comunidad.
- ✓ La formación de líderes en procesos de rehabilitación.
- ✓ Asesoría a las personas con discapacidad en ambientes naturales.
- ✓ La difusión de logros y alcances de las personas con discapacidad.

INTERVENCIONES

Grupo informado en discapacidad: es una estrategia de información y comunicación en salud dirigida a grupos específicos de la población en forma colectiva con el objeto de lograr cambios en el conocimiento y sensibilizar o motivar a las personas sobre la necesidad de reafirmar o modificar sus prácticas, a través de la utilización de estrategias masivas y alternativas de comunicación.

Grupo formado: es la intervención dirigida a formar multiplicadores o cuidadores en rehabilitación basada en comunidad. El objetivo es brindar conocimientos teóricos y prácticos en prevención de la discapacidad y en promoción de la salud de las personas con discapacidad con el fin de desarrollar habilidades que les permitan ejercer funciones de facilitadores y orientadores de la población con discapacidad y sus familias.

Asesoría a instituciones en discapacidad: es el conjunto de actividades de asistencia técnica y acompañamiento a instituciones prestadoras de servicios de salud de atención a la población con discapacidad, con el fin de difundir e implementar los lineamientos de atención en salud, políticas y normas del programa de prevención y manejo de la discapacidad en el orden internacional, nacional y distrital.

Consolidación del consejo local para las personas con discapacidad como red de apoyo social: éste es el proceso conducente a construir o consolidar redes de apoyo social en el ámbito local; se pretende el reconocimiento y el desarrollo de las máximas potencialidades de las personas y la conciliación de intereses para generar impacto real sobre las condiciones y la calidad de vida. De éste hacen parte las autoridades locales, las personas con discapacidad y las organizaciones.

Asesoría domiciliaria: es una de las intervenciones primordiales de la rehabilitación basada en comunidad, pues permite el enlace o transición de los procesos institucionales de rehabilitación institucional a la vida en comunidad. Su objetivo es orientar a los usuarios a (re)construir modelos de actividades de acuerdo con su condición de discapacidad en am-

bientes naturales; permite el entrenamiento en hábitos, orientación en adaptaciones y aditamentos de manera temporal o permanente.

Bancos de ayudas técnicas: se constituyen como centros responsables de la adquisición, administración, suministro y cuidado de las ayudas para personas con discapacidades motrices, comunicativas, sensoriales y cognitivas.

Financiación: la RBC se ejecuta desde el Plan de Atención Básica en las 20 localidades a través de los hospitales/Empresas Sociales del Estado de primer nivel.

COMPONENTE DE (RE)HABILITACIÓN FUNCIONAL

Definición: es la combinación de conocimientos y técnicas interdisciplinarias susceptibles de mejorar el pronóstico funcional. Comprende el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar la capacidad funcional física, psicológica, mental o social, previniendo, modificando, aménorando o desapareciendo las consecuencias de la edad, la enfermedad o los accidentes, que puedan reducir o alterar la capacidad funcional de las personas para desempeñarse adecuadamente en su ambiente físico, familiar, social y laboral (11).

Intervenciones: incluye la atención por equipo interdisciplinario y comprende los procesos de a) atención directa: diagnóstico o evaluación, intervención y reevaluación; b) educación y entrenamiento al usuario y la familia; c) supervisión y evaluación, y d) el suministro, reparación, renovación y entrenamiento de y con aparatos de prótesis y ortopedia, medios, ayudas y demás, para la recuperación funcional de la persona.

Financiación: estas intervenciones están a cargo del Plan Obligatorio de Salud. El manual de procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (Mapipos) del Ministerio de Salud establece como actividades, intervenciones y procedimientos de rehabilitación: pruebas diagnósticas, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, terapia para rehabilitación cardíaca, estimulación temprana, terapia respiratoria; que comprende higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios), inhaloterapia (nebulizador ultrasónico o presión positiva intermitente); estas intervenciones a su vez se desagregan en el manual de clasificación única de procedimientos en salud (CUPS), en el capítulo de desempeño funcional y (re) rehabilitación.

Las actividades, procedimientos e intervenciones que hacen parte de la rehabilitación funcional se ofrecen en las instituciones de segundo y tercer nivel en el sector público y privado.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

La consolidación, en los últimos tres años, del "Consejo Distrital para las personas con limitantes de carácter físico, psíquico y sensorial"; y del Comité técnico, donde se gestaron la política y el Plan Distrital, ha puesto en la agenda pública de los tres últimos gobernantes de la ciudad el tema de discapacidad; estos procesos intersectoriales han contribuido para que el programa responda a los compromisos que como sector salud asume desde el Consejo Distrital y se articule con los programas desde los sectores de educación, bienestar, recreación, cultura, espacio público y desarrollo urbano, entre otros.

La apertura a lo interdisciplinario, lo intersectorial y la participación de la sociedad civil en todos los procesos contribuye a dar una mirada global a la discapacidad en el Distrito Capital, lo que se ha demostrado en el compromiso de los actores del proceso en la búsqueda por el respeto a la diferencia y la equiparación de oportunidades.

La apertura al reconocimiento en términos de derechos y deberes, el cambio de concepción de la discapacidad, los derechos de igualdad y la equiparación de oportunidades hace que este tema trascienda en el sector salud, y a través de políticas y acciones transversales se asuma por otros sectores con la misma importancia y relevancia.

La Secretaría Distrital de Salud, como secretaria técnica del Consejo Distrital, ha liderado la construcción de la política social "Concertando entornos colectivos para las personas con discapacidad 1997", del Plan Distrital 2001-2005 recientemente publicado, la consolidación y difusión de normas en discapacidad, y la realización de eventos para la conciliación de intereses entre las personas con discapacidad y las instituciones.

La estructuración del programa, atendiendo de una parte a la responsabilidad dentro del sistema general de seguridad social en salud, dando línea técnica a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud y al Plan de Atención Básico y, de otra, a los compromisos adquiridos dentro del Consejo

Distrital organiza los tres componentes —prevención de la discapacidad, rehabilitación basada en comunidad y rehabilitación funcional— bajo los cuales se desarrollan las intervenciones que fueron descritas.

La elaboración y publicación de los “Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad en Bogotá”, presenta los principios, enfoques, estrategias y procedimientos de atención bajo los cuales se ejecutan las intervenciones en las instituciones prestadoras de servicios de salud en rehabilitación, dentro del Plan de Atención Básica y el Plan Obligatorio de Salud. La difusión y aplicación de los mismos, como de los demás documentos que soportan la competencia del sector salud, se realiza a través de jornadas de capacitación y reflexión dirigidas a los referentes de las localidades y a los coordinadores de los servicios de rehabilitación tanto de instituciones públicas como privadas, donde se gesta el intercambio de experiencias y el crecimiento profesional de quienes participan fortaleciendo así los servicios de rehabilitación.

Los referentes locales del programa, funcionarios de los hospitales de primer nivel, quienes tienen la responsabilidad de ejecutar el componente de rehabilitación basada en comunidad, han transformado su papel de terapeuta-usuario para convertirse en asesores permanentes de las personas con discapacidad y sus familias en las localidades.

Desde el punto de vista de la prevención de la discapacidad se ha iniciado la armonización con los programas de salud materna perinatal; atención a la infancia, al escolar y al adolescente; enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, con lo que se espera incidir sobre la presencia de la discapacidad en la ciudad.

En las localidades, la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, como una propuesta de intervención desde el Estado, ha contribuido a la identificación de las personas con discapacidad, al fomento de las organizaciones de personas con discapacidad, la capacitación a las familias y los cuidadores, la identificación de los servicios locales, la asesoría y el entrenamiento en el hogar, la entrega de ayudas técnicas, la capacitación a los profesionales, la coordinación de las entidades locales y las personas con discapacidad. El conjunto de estas acciones comienza a generar nuevos proyectos y alternativas para el reconocimiento de las personas con discapacidad.

Por primera vez en Bogotá se conforman cinco bancos de ayudas técnicas a través de los cuales se han beneficiado aproximadamente 400 personas con discapacidad sin capacidad de pago en el último año. A

partir de ello, por iniciativa de las alcaldías locales se fortalecen en diferentes localidades.

El proceso de conformación y consolidación de los consejos locales como redes de apoyo ha generado un movimiento político dado en la participación de las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias, y en la construcción de políticas y acciones locales en favor de la población con discapacidad, lo que ha contribuido a posicionar las necesidades y propuestas de las personas con discapacidad a través de proyectos locales.

La asesoría a las personas con discapacidad en su ambiente natural ha permitido ver la magnitud de la problemática, logrando la ciudadanía de algunas personas, integrándolas a programas sociales y, en especial, siendo asesores y acompañantes en la toma de decisiones sobre su proyecto de vida.

A través de la estrategia comunicativa "Una limitación hace la vida dura, un prejuicio la hace imposible", la cual cuenta con piezas para televisión y radio y un afiche que se acompañan de comunicados de prensa e invitaciones a programas de televisión de los canales regionales, información en periódicos, entre otros, se invita a los bogotanos a reconocer las habilidades y capacidades de las personas con discapacidad, y a su vez se informa sobre los proyectos y actividades que se realizan.

CONCLUSIONES

La intervención hacia la población con discapacidad tiene tres actores: la familia, la persona y la comunidad; con ellos, dentro de los componentes propuestos, se generan actividades para el cumplimiento de los objetivos. Con ello la atención a la población con discapacidad pasa de ser institucional, con una relación médico o terapeuta-paciente, a una intervención con enfoque social y comunitario.

Los procesos de rehabilitación institucional (llamados aquí de rehabilitación funcional) orientan sus intervenciones en especial hacia la persona a través del desarrollo de habilidades y destrezas, orientado hacia la estructura y la función de los sistemas corporales. La prevención es un proceso transversal a todos los procesos de prevención primaria, secundaria y terciaria, siendo relevantes la detección temprana y el tratamien-

to oportuno. Finalmente, la rehabilitación comunitaria soportada en los modelos de atención centrados en el cliente, rehabilitación basada en comunidad y vida independiente (12) se muestran como alternativas a la atención tradicional cuya mayor dificultad puede ser la réplica de los modelos biomédicos en la comunidad.

Desde la perspectiva de salud, la interacción entre los tres componentes define la competencia como sector salud en la atención a la población con discapacidad y es el aporte a los procesos de rehabilitación integral, entendida esta última como la articulación de todos los sectores.

Por último, las intervenciones se realizan en varios niveles: a) persona (paciente), b) familia, c) organizaciones, d) sociedad (grupos comunitarios), y e) gobierno, que van desde lo individual (desarrollo de conocimientos, actitudes, habilidades o técnicas, comportamientos, ejecución ocupacional) hasta lo colectivo (desarrollo de prácticas, normas, legislación y políticas cuyas estrategias son de educación, entrenamiento, consejería, comunicación y desarrollo comunitario). El perfil de quienes trabajan en estos programas debe ser de terapeutas, educadores, entrenadores, consejeros, defensores, gerentes e investigadores.

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

	DEFINICIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FINANCIACIÓN	EJECUTOR
Prevención de la discapacidad	Son las acciones y medidas que limitan la aparición de discapacidad, identifican la presencia de efectos asociados a la discapacidad o la progresión de enfermedad en cualquier punto de su proceso, pretenden proteger la salud y el bienestar de la sociedad dirigiendo esfuerzos hacia poblaciones que se consideren en riesgo.	Contribuir a disminuir la presencia de discapacidad por eventos prevenibles en la ciudad de Bogotá, teniendo en cuenta las principales causas de la misma.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento psicofísico del parto. ✓ Programas de estimulación adecuada. ✓ Identificación de riesgos auditivos, visuales, motores y adaptativos en menores de 12 años. ✓ Prevención de la discapacidad en enfermedades crónicas y enfermedades transmisibles. ✓ Prevención de riesgos cardiovasculares y estrés postraumático. ✓ Prevención de accidentes en el hogar, la calle y la escuela. 	Plan de Atención Básica. Plan Obligatorio de Salud	Empresas Sociales del Estado, hospitales de primer nivel.
Rehabilitación basada en comunidad	Es una propuesta para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, buscando su reconocimiento y desarrollo personal, social y comunitario	Promover el reconocimiento de la población con discapacidad como miembros de la sociedad, con derechos y deberes ciudadanos y el empoderamiento de la población con discapacidad y sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grupos formados. ✓ Grupos informados. ✓ Asesoría domiciliaria. ✓ Asesoría a instituciones. ✓ Consejo local o red de apoyo. ✓ Banco de ayudas técnicas. 	Plan de Atención Básica	Empresas Sociales del Estado, hospitales de primer nivel.
Rehabilitación funcional	Es la combinación de conocimientos y técnicas interdisciplinarias susceptibles de mejorar el pronóstico funcional.	Garantizar la calidad de los servicios en salud y rehabilitación funcional para las personas con discapacidad transitoria y permanente en Bogotá, a partir del aseguramiento, la garantía de la calidad y el desarrollo de servicios.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación y entrenamiento de la capacitación funcional, física, psicológica, mental y/o social. ✓ Prescripción de ayudas técnicas. ✓ A través de los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiología, medicina, enfermería y otras especialidades que de acuerdo al caso se requieran. 	Plan Obligatorio de Salud.	Empresas Sociales del Estado, hospitales e instituciones privadas de segundo y tercer nivel.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Programa de prevención y manejo de la discapacidad. Bogotá. D.C. 2001.

REFERENCIAS

1. Normas Uniformes sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, Nueva York: Departamento de información pública de las Naciones Unidas, 1994.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de funcionamiento, discapacidad y salud, 2001. www.who.com
3. Schalock, R L. Hacia una nueva concepción de la discapacidad, Revista Siglo Cero, 1999; 30(1).
4. Cuervo C, Escobar de V M, Trujillo A. Efectividad de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica. Un marco de referencia. Revista Ocupación Humana 1996; 6 (3).
5. Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad en Bogotá, Bogotá, 2001.
6. Consejo Distrital para las personas que presentan limitantes de carácter físico, psíquico y sensorial. Política Distrital Concertando entornos colectivos para las personas con discapacidad. Bogotá, noviembre de 1997.
7. Consejo Distrital para las personas que presentan limitantes de carácter físico, psíquico y sensorial. Plan distrital de discapacidad, 2001-2005, Bogotá, 2001.
8. Departamento Nacional de Planeación. Censo de población, 1993.
9. Gallardo Lozano H M, Rodríguez García J. La carga de la enfermedad en Santa Fe de Bogotá. Indicadores de años de vida ajustados por discapacidad (Avisa) y mortalidad, 1985-1996. Secretaría Distrital de Salud, Santa Fe de Bogotá, 1999.
10. Secretaría de Tránsito y Transporte, Accidentalidad en Bogotá, Bogotá, 1999.
11. Ministerio de Salud, OPS, OMS. Lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, discapacidades y minusvalía, Santa Fe de Bogotá, 1996.
12. McColl M A. What do we need to know to practice occupational therapy in the community? Am Jour Occup Ther 1998; 52 (1).

