

2019

Rehabilitación en el Componente Primario de Atención en Salud

SERVICIOS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN
ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES.
CONSULTORA: ANITA CRISTINA YANDUN REINA

Contenido

Tabla de Gráficas	3
LISTADO DE SIGLAS	4
PRESENTACIÓN.....	5
PARTE 1. ORIGEN DE LA PROPUESTA	7
1. ANTECEDENTES.....	7
2. CONTEXO DONDE SE INSTALA LA PROPUESTA.....	10
PARTE 2 MARCO EXPLICATIVO.....	13
3. ENFOQUES	14
3.1 Enfoque Biopsicosocial.....	15
3.3 Enfoque Psicosocial.....	16
3.3 Enfoque familiar y comunitario	18
4. PILARES CONCEPTUALES	19
4.1 Determinantes Sociales de Salud	19
4.2 Funcionamiento/Discapacidad.....	23
5. MARCO ESTRATÉGICO	29
5.2 Atención Primaria en Salud.....	29
3.4 Rehabilitación.....	33
5.3 Concepto de rehabilitación presente en los SECOR.....	37
7. DEFINICIÓN DE LOS SECOR.....	39
8. COMPONENTES	39
8.1 Mejoramiento del Desempeño.....	39
8.2 Desarrollo de capacidades.....	40
9. MECANISMOS DE ACCIÓN.....	43
9.1 Atención centrada en la persona.....	43
9.2 Sobre la Inter y transdisciplinariedad	44

10. ACCIONES	45
10.1 Atenciones individuales:	45
10.2 Intervenciones Colectivas:.....	45
10.3 Inter y transectorialidad	46
PARTE 3 RUTA OPERATIVA.....	48
11. PRESENTACION DE LA RUTA OPERATIVA	48
11. 1 A quienes va dirigida la propuesta de SECOR.....	48
11.2. Atributos de la Ruta de atención	49
11.2. Fases de la Ruta de atención	50
12. TALENTO HUMANO PARA LOS SECOR	56
BIBLIOGRAFÍA	56

Tabla de Gráficas

Gráfica 1. Estructura explicativa de la rehabilitación en el componente primario de atención en salud (secor) _____	14
Gráfica 2. Los SECOR en las capas de atención del prestador primario _____	32
Gráfica 3. representación del efecto articulador de la rehabilitación _____	36
Gráfica 4. Representación de las Fases de atención de los SECOR _____	51

LISTADO DE SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud.
AIVD	Destrezas para responsabilidades y actividades asignadas socialmente, en este caso actividades que se orientan hacia el apoyo a la vida cotidiana en la casa y la comunidad.
AVD	Destrezas para responsabilidades y actividades asignadas socialmente, en este caso actividades que se orientan hacia el cuidado del propio cuerpo.
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad y la salud
EMS	Equipos multidisciplinarios de salud
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAIS	Política de atención Integral en Salud
PAPSIVI	Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas
PCD	Personas con discapacidad
PDET	Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIC	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
POS	Plan Obligatorio de Salud
RBC	Rehabilitación Basada en Comunidad
RLCPD	Registro para la Localización y Caracterización de Personas con discapacidad
SECOR	Servicios Comunitarios de Rehabilitación
SGSSS	Sistema general de seguridad social en salud

PRESENTACIÓN

El presente documento instala los elementos conceptuales y operativos para comprender y orientar la prestación de servicios de rehabilitación¹ en el componente primario de atención en salud expresada en la propuesta de “Servicios Comunitarios de Rehabilitación” SECOR liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS- en alianza con la Organización Internacional para las Migraciones -OIM-.

En efecto, el documento se estructura en tres partes: la primera, titulada “Origen de la Propuesta” expone los antecedentes y los elementos contextuales que justifican y dan lugar a la los SECOR, explica los mecanismos por los cuales se generó la falta de acceso a la rehabilitación en los territorios más apartados del país y los desafíos que conlleva la implementación de la Política de Atención Integral en Salud en términos del aumento de la capacidad resolutive del componente primario. Así mismo, las implicaciones de que la salud y la rehabilitación actualmente sean consideradas como “derechos” en el marco normativo colombiano.

La segunda parte, denominada “Estructura Explicativa”, expone los conceptos centrales de la Atención Primaria en Salud APS y los abordajes del funcionamiento humano, transitando por los propósitos de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS-, los aspectos relevantes del modelo de determinantes sociales de la salud y el modelo biopsicosocial para explicar la salud, el funcionamiento y la discapacidad. Como resultado de este dialogo se propone una estructura ordenadora de los conceptos que permite comprender el lugar que ocupan los enfoques, componentes, acciones y mecanismos de atención y definiciones en la propuesta de SECOR.

¹ Para este documento se entiende por servicios de rehabilitación el conjunto de servicios de salud que hacen parte del proceso de rehabilitación funcional como son: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, trabajo social, entre otros.

La tercera parte, titulada “Ruta Operativa”, explica los procesos que hacen parte de la de atención, determinando los aspectos esenciales que permiten dar vida a una propuesta que contribuye a cambiar el paradigma de los procesos de rehabilitación

En suma, este documento en su conjunto se constituye como el soporte técnico y operativo para los directivos, personal administrativos y profesionales de prestación de servicios de los prestadores primarios² donde se implementan los SECOR

² Se entiende como prestador primario a las Instituciones que desarrollan los procesos en salud correspondiente al componente primario, entre ellos se incluyen prestadores de primer y segundo nivel de atención por lo cual, pueden desarrollar prestaciones de baja y mediana complejidad

PARTE 1. ORIGEN DE LA PROPUESTA

1. ANTECEDENTES

La Ley 100 de 1993 se propuso configurar un modelo de aseguramiento que garantizara el derecho a la salud para todos. Con esta iniciativa se lograron resultados significativos en acceso, cobertura y algunos avances frente a equidad³ en salud. No obstante, se evidenciaron fallas tanto en el diseño del modelo como en el ordenamiento institucional de seguridad social, lo cual redujo el impacto de los resultados en salud. Tales resultados, serían efecto del diseño de un modelo de seguridad social fincado en una concepción de salud como ausencia de enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Así, surge la necesidad de reorientar el sistema de salud hacia un concepto más amplio, entendiendo la salud como *derecho fundamental*⁴ y, reconociendo el impacto del contexto en el estado de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). La reorientación del sistema se adoptó por medio de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 que en su artículo 2 integra *“los componentes colectivo e individual de la atención en salud y sitúa, como núcleo del derecho, la igualdad de trato y oportunidades en el acceso definiendo como sustrato el continuo de la atención en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación⁵ y paliación para todas las personas”*.

³ “La equidad, definida como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediabiles de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica.” (PDSP 2010)

⁴ A partir de la sentencia de la corte constitucional T121, se reconoce que la salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un derecho que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable. Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible.

⁵ Subrayado fuera de texto

En consecuencia, la ley declaró que este derecho comprende el acceso a un servicio oportuno, eficaz, con calidad e *integralidad*. Precisó, así mismo, la adopción de políticas y de un modelo de atención integral enfocados en la persona, la familia y la comunidad. Su resultado ha sido la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

La PAIS se configura en uno de los antecedentes de política inmediatos de los SECOR, toda vez que, uno de los desafíos de la política es el fortalecimiento de la capacidad resolutive del componente primario, para la mayoría de los problemas de salud en el cual podrá incluir prestaciones de baja y mediana complejidad ligada a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad "*con mecanismos diferenciales de prestación del servicio en zonas dispersas y alejadas*". De tal forma se espera que los SECOR permitan generar mayor equidad y una transformación del paradigma en salud.

El segundo antecedente de política está relacionado con la garantía del derecho a la rehabilitación establecido en las leyes 1346 de 2009⁶ y 1618 del 2013⁷, que cobija especialmente a las personas con discapacidad –PcD-, no obstante, abarca diversas condiciones de salud que pueden devenir en una discapacidad.

Estas dos normas buscan transformar la realidad colombiana frente a la rehabilitación, la cual, ha estado abordada como una serie de prestaciones en salud de alta y mediana complejidad, al que solo accede un porcentaje menor de las personas que lo requieren⁸. Además, concentrada en la zona urbana⁹, principalmente en las ciudades grandes y medianas¹⁰ generando costos indirectos debido al tiempo adicional invertido por la persona y la familia para recibir el

⁶ Ley 1346 de 2009 "Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006"

⁷ Ley estatutaria 1618 del 2013 "Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad."

⁸ Según el RLCPD el 41% de Personas con Discapacidad no asiste servicios de rehabilitación

⁹ Los Servicios de Rehabilitación sean concentrado en municipios categoría 1,2 y 3 que representan el 7% de las entidades territoriales locales donde existe oferta pública y privada con acceso a estos servicios. Sin embargo, en los municipios 4,5 y 6 que representan el 93% no es frecuente encontrar estos servicios

¹⁰ Hace referencia a municipios categoría 1,2 y 3

tratamiento y costos directos debido al gasto de bolsillo¹¹ que se requiere para recibir la atención. Al respecto Rodrigo Uprimy 2017 plantea que el gasto de Bolsillo en Colombia corresponde al 1% del Producto Interno Bruto PIB.

En conclusión, “la atención en salud y la rehabilitación” han sido temas conectados estrechamente, pese a que en la actualidad son entendidos como derechos, se han operado históricamente bajo dinámicas de fragmentación en donde se destaca que las personas “sujetos de derecho” han recibido una cobertura de *“prestaciones médicas, de manera aislada, sin contextualización en su integralidad ni en su interacción con las intervenciones colectivas propias de las obligaciones del Estado en lo que concierne a la Salud Pública”* (PAIS 2016). Los SECOR constituyen un aporte concreto a la materialización de tales derechos primordialmente para las personas que habitan en lugares excluidos del acceso a rehabilitación y en donde la oferta principal de salud se brinda en el componente primario de atención.

Por otra parte, surge un tercer bloque de antecedentes directos de la propuesta de SECOR configurado por las apuestas nacionales que busca superar las causas y efectos que ha dejado el conflicto armado de los últimos 50 años en Colombia. Esto, toda vez que la carga de discapacidad y limitaciones funcionales que ha dejado la guerra requieren ser atendidas de manera especial y diferencial.

Desde la ley 1448 del 2011 *“por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”* se reconoce a la rehabilitación como medida de reparación que *“consiste en el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas*

En este marco surgen el Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas – PAPSIVI que permite atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en éste los sujetos de

¹¹El gasto de bolsillo es entendido como la proporción que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud.

reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades. Este consta de dos (2) grandes componentes: la atención psicosocial y la atención integral en salud; el primero se centra en el daño y las afectaciones psicosociales y el segundo en la salud física y mental.

Otro hito importante es el "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera" firmada en el año 2016 el cual contiene los compromisos para *"dar inicio a un proceso de construcción de paz de mediano y largo plazo"*. No obstante, el cumplimiento de dichos compromisos requiere de un fortalecimiento de la institucionalidad que permita la puesta en marcha y el seguimiento de diferentes políticas públicas para la construcción de paz.

De ahí la importancia de implementar en la planeación territorial Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), que desde el Plan Marco de Implementación (Conpes 3932) implica fortalecer la infraestructura en salud e implementar un "Modelo Especial de Salud Pública

Los SECOR tienen inmersa una apuesta de fortalecimiento institucional de las instituciones que hacen parte del prestador primario que redundará en el desarrollo territorial de las zonas más apartadas del país que son además las zonas donde más ha impactado el conflicto político social y armado, de tal manera aporta en los municipios priorizados para la implementación de los PDET, en la respuesta institucional para la construcción de paz

2. CONTEXTO DONDE SE INSTALA LA PROPUESTA

El Informe Mundial de Discapacidad del 2010 informa sobre el creciente número de personas con discapacidad debido al envejecimiento de la población y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos.

Otros datos del informe mundial que revelan que la discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables. Pues las personas en el quintil más pobre, con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios tienen mayor riesgo de discapacidad. También tienen más probabilidades de estar desempleadas, y generalmente ganan menos cuando trabajan. Adicionalmente tienen los gastos elevados en *“asistencia personal, atención médica o dispositivos auxiliares”*. A esto se suma la falta de acceso a la educación formal y a los escenarios de participación política que configura una situación de pobreza multidimensional

La estrecha relación de discapacidad y pobreza en el mundo, no es ajena para Colombia, se reporta que el 80% de las personas inscritas en el “Registro para la Localización y Caracterización de Personas con discapacidad” _RLCPD- se encuentran en los estratos socioeconómicos 1 y 2¹².

Por otra parte, existen diferencias relevantes en el acceso efectivo y equidad entre poblaciones urbanas y rurales. Según el análisis de Ruiz & Zapata (2015) con base en la Encuesta de Calidad de Vida 2013, hay unas brechas relevantes de la zona rural comparada con la urbana, entre otros se destaca que existe un 12% menor percepción de buena salud, 12% menor cobertura de cuatro controles prenatales, 11% menor cobertura de parto institucional; 10% menor acceso a servicios preventivos; 4 días de diferencia en la oportunidad de acceso a médicos especialistas

Actualmente en el país los resultados en salud han evidenciado cambios en el patrón epidemiológico. Los indicadores de mortalidad y de carga de enfermedad ¹³ muestran rápida progresión hacia causas de etiología compleja, entre estas, las enfermedades crónicas, transmisibles y materno–infantiles y las lesiones por causa externa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016),

¹² Datos tomados a partir de reporte del RLCPD consultado el 14 de enero del 2019 con un número total de 1.447.708 PcD registradas

¹³ La carga de enfermedad es un indicador compuesto que mide los años de vida saludable perdidos por muerte prematura o discapacidad como consecuencia de la enfermedad o de factores de riesgo prevenibles o intervenibles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El indicador de Carga de Enfermedad puede dar lugar a un perfil funcional con comportamientos variables según grupos poblacionales y zona geográfica. Las secuelas de la enfermedad que por daños en estructuras y funciones biológicas resultan en limitaciones para la realización de actividades tienen el potencial de afectar la participación de las personas, predisponiéndolas a la discapacidad.

Los efectos de la carga de enfermedad también evidencian crecimiento en expectativa de vida acotado por la muerte prematura y la discapacidad, que afectan los 74 años de expectativa en 21 años (16 por discapacidad y cinco por muerte prematura); *"este nivel revela el alto componente de demanda de servicios que afectan al sistema de salud; sobre todo en hospitales de segundo y tercer nivel"* PAIS 2016.

En el mismo sentido, la OMS afirma que la necesidad de servicios de rehabilitación aumentará de acuerdo a las proyecciones planteadas por esta organización, debido a factores demográficos y epidemiológicos a nivel mundial, relacionados con el incremento de las condiciones de salud no transmisibles y el envejecimiento mundial y su correlación directa con el aumento de las tasas de discapacidad. Por tanto, es importante reconocer que, a través de la rehabilitación, las deficiencias relacionadas con el envejecimiento y muchas condiciones de salud pueden disminuir y el funcionamiento de las personas puede mejorar.

En este sentido, es clara la necesidad de los estados por garantizar el derecho a la rehabilitación las personas, en la medida que no solamente aporta a la atención de quienes presentan una condición de discapacidad, sino que además permite alcanzar resultados positivos para la salud y la calidad de vida de toda la población.

En resumen, se evidencia que la transición demográfica, el envejecimiento y la presencia de enfermedades crónicas no mortales han dejado repercusiones sobre el funcionamiento general, el bienestar y la integración de los individuos (Ayuso J.L, et al, 2005). Los SECOR, permiten abordar las dificultades en el funcionamiento de diferentes poblaciones mediante una perspectiva de rehabilitación que articuló el sistema de salud con la vida real de las personas impactando la vida de la persona en cada contexto.

PARTE 2 MARCO EXPLICATIVO

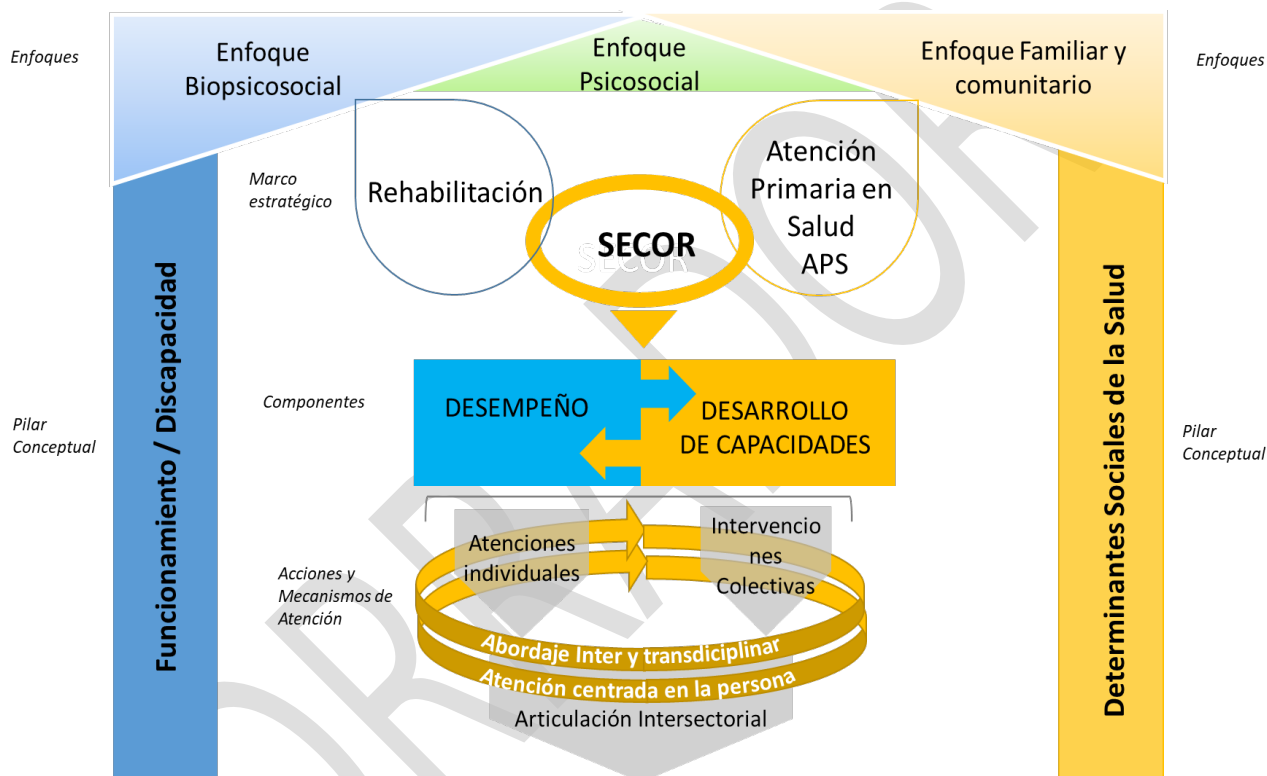
Teniendo en cuenta que, la implementación de servicios de rehabilitación en el componente primario de atención en salud conlleva apropiarse un conjunto de conceptos orientadores para entender su sentido y alcance, esta parte del documento denominada "*Marco Explicativo*" ordena y relaciona desde una aproximación conceptual los elementos constitutivos de la propuesta de SECOR para entrar en coherencia con los diferentes postulados teóricos que orienta la atención en salud y la rehabilitación en el marco del sistema de salud colombiano.

La estructura ordenadora de estos conceptos está representada en el gráfico 1, en donde se puede observar que se estructuran de la siguiente manera:

- Enfoques: Son las sombrillas del proceso y hace referencia a la forma de entender la propuesta de SECOR. En estos se incluye los enfoques Biopsicosocial, Psicosocial y Familiar y Comunitario
- Pilares Conceptuales: Son aquellos discursos que se consideran los cimientos centrales de la propuesta sobre la que se fundan los aspectos estratégicos y operativos de la misma. En estos se incluye los Determinantes Sociales de la Salud y el Funcionamiento
- El Marco Estratégico: hace referencia a los conceptos que se configuran como el marco para la acción de los SECOR. Estos incluyen la Atención Primaria en Salud y la Rehabilitación
- Componentes: estos son los elementos constitutivos de la propuesta de SECOR y permiten entender el quehacer y alcance de la propuesta. Los componentes se derivan de la definición de los SECOR y son el de Desempeño y Desarrollo de Capacidades
- Mecanismos de Atención: son entendidos como herramientas transversales y principios transversales de la atención que deben estar presentes durante la implementación de cualquier actividad a desarrollar en el marco de la atención. Estas son la Atención Centrada en la Persona y el abordaje Inter y Transdisciplinar

- **Acciones:** Corresponde a los tipos de abordajes que se realizan en los SECOR para alcanzar los propósitos en cada uno de los componentes. Estas son las atenciones individuales, las intervenciones colectivas y la articulación intersectorial.

GRÁFICA 1. ESTRUCTURA EXPLICATIVA DE LA REHABILITACIÓN EN EL COMPONENTE PRIMARIO DE ATENCIÓN EN SALUD (SECOR)



3. ENFOQUES

Los enfoques incorporados en la propuesta de SECOR se constituyen en elementos de diálogo permanente que son esenciales y condicionales para garantizar una transformación hacia nuevas formas de desarrollar rehabilitación en una apuesta pertinente al componente primario de atención diferente a la que se desarrolla en los servicios convencionales. Ahora bien, no significa que sean los únicos enfoques que se necesitan reconocer, pero si deben entenderse como los mínimos para garantizar una comprensión integral del proceso, pues los tres, entre si son

complementarios y albergan los elementos claves para reconfigurar el eslabón perdido entre la APS y la Rehabilitación

3.1 Enfoque Biopsicosocial

Como se ha venido explicando en los anteriores capítulos, el modelo hegemónico sobre el que se ha fundado la comprensión de la salud y en consecuencia de la discapacidad, ha sido el modelo biomédico. Dicho modelo ha centrado la atención en los aspectos biológicos del cuerpo y la normalización de los sistemas corporales explicando cada proceso de la enfermedad en términos de una desviación de la función normal subyacente, como un agente patógeno, genético o anomalía del desarrollo o lesión (Borrelli Carrió 2016) al margen de los aspectos sociales, culturales y políticos que lo determinan. En este contexto la persona atendida (comúnmente denominada paciente) no desempeña un papel significativo, no forma parte del proceso y por tanto existe una baja adherencia a los procesos y una alta resistencia al cambio

Así pues, la propuesta de un modelo biopsicosocial proporciona una hoja de ruta para desarrollar un enfoque más integral que postule los factores biológicos (aspectos físicos y mentales), factores psicológicos del individuo (pensamientos, emociones y conductas) y factores sociales que desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

En conclusión, este enfoque supone un modelo de causalidad circular que reconoce al paciente como sujeto activo del proceso asistencial, adaptándose a sus requerimientos personales y culturales para darle la mejor atención posible, así *"el valor del modelo biopsicosocial no está en descubrir nuevas leyes en la ciencia médica, sino en colocar dicho conocimiento médico como conocimiento útil para cada persona"* (Borrelli Carrió 2016)

Igualmente, el enfoque Biopsicosocial ha sido retomado por la Organización Mundial de la Salud OMS para fundamentar una comprensión amplia de la Discapacidad que ponga en diálogo las perspectivas sociales y biológicas para finalmente explicar los procesos de salud funcionamiento y discapacidad como un proceso dinámico determinado y cambiante. Dicho modelo dio origen a la Clasificación Internacional

del Funcionamiento y la Discapacidad CIF que permite explicar, describir y relacionar la discapacidad como un hecho multidimensional donde juegan los aspectos biológicos en términos de la anatomía y la fisiología, los aspectos individuales, en términos de las actividades que realiza la persona y los factores sociales, en términos de la participación de la persona en su contexto real, donde intervienen los factores ambientales y personales.

Así, se puede destacar que tanto desde la comprensión de la salud como de la discapacidad el modelo biopsicosocial se ha constituido en un elemento transformador de la atención abordaje de las personas donde se plantea objetivos a mediano y largo plazo a nivel individual, familiar, comunitario y social planteándose el mejoramiento permanente del funcionamiento, en otras palabras, la relación de la persona con su entorno.

Los SECOR constituyen una opción para impulsar el enfoque Biopsicosocial y holístico de la atención integral, desde el reconocimiento de los derechos humanos, la autonomía, el reconocimiento de las capacidades y los apoyos. Implementando el trabajo en red, que conlleva una interrelación, a todos los actores o agentes locales unidos y conectados bajo una misma filosofía de atención a las PCD, propiciando acciones que contribuyan a la equidad mediante el acceso e igualdad de oportunidades e integración social, con enfoque de derechos, parte de una visión integrada

3.3 Enfoque Psicosocial

El enfoque psicosocial surge como respuesta a la necesidad de abordar los efectos que las violencias, política, social, intrafamiliar, sexual y de género, entre otras, han dejado en las diferentes poblaciones. Este enfoque parte de comprender *"lo subjetivo como un proceso emergente de la interacción social, simbólica y comunicativa"* (Mead, 1932; Carmona, 2009 Citado por Villa Gómez 2011) en un marco sociopolítico e histórico. Villa Gómez 2011 plantea que el enfoque psicosocial debe incluir principios como los de *"dignidad, apoyo mutuo, solidaridad, vida con calidad, enfoque de derechos, enfoque de género y desarrollo humano integral en salud mental"*.

Por esta razón, busca superar una perspectiva de patologización de las personas que deben vivir situaciones límite, es decir, objetiva nombrar el sufrimiento que viven las personas como enfermedad, problema psicológico, trastorno, malestar individual o anormalidad pues el daño generado en las personas y los colectivos no pueden ser considerados un problema individual e interno del sujeto, por el contrario, deben ser comprendidos como un producto de procesos complejos y de situaciones estructurales de exclusión, acumulación de poder, dinámicas sociales, políticas y económicas excluyentes o de graves violaciones a los derechos humanos en el contexto de un estado social de derecho. Ahora bien, no se trata de negar la afectación emocional o psicológica y tampoco dejar de actuar sobre este nivel, se trata de reconstruir el tejido social.

El enfoque psicosocial ha tomado fuerza en los últimos 20 años en Colombia (Anaconda 2014) ligado principalmente a los procesos de reparación de las Víctimas del Conflicto Social Armado, toda vez que, el largo desarrollo del conflicto interno ha replicado diversas modalidades de violencia y vulneración directa de la dignidad y los derechos humanos en especial de la población civil, dejando afectaciones muy complejas especialmente de tipo psicosocial. Así, el país está comprendiendo la importancia y la necesidad de un enfoque psicosocial en la intervención comunitaria y en el diseño de estrategias para el acompañamiento de las personas y comunidades, sujetos individuales y colectivos afectados por el conflicto.

Este enfoque tiene como premisa el “acompañamiento” del sujeto en su contexto y la intervención al contexto donde desarrollan la vida las personas desde una propuesta que permite abordar la situación de los individuos y comunidades enfrentadas a contextos de violencia política; brindando una comprensión diferente de los padecimientos emocionales que se generan en las víctimas, y que comúnmente se restringían a una mirada reduccionista o de clasificación en trastornos de acuerdo a determinados signos y síntomas identificados.

Los SECOR apropian el enfoque psicosocial en función de la necesidad de abordar a la persona y a los elementos del contexto en su conjunto para así incidir en los aspectos que limitan el desempeño y generan exclusión. Parte de reconocer que las secuelas del conflicto armado han afectado de manera directa o indirecta a gran

parte de la población colombiana especialmente en los territorios alejados donde la oferta principal de salud esta brindada por el prestador primario. De igual forma, reconoce que la mayoría de personas que requieren procesos de rehabilitación han vivido hechos victimizantes de diferente índole que ameritan ser abordados de manera transdisciplinar en los procesos de atención en salud y de rehabilitación, Con esto se espera lograr un abordaje desde una dimensión amplia el componente emocional de las personas.

3.3 Enfoque familiar y comunitario

El enfoque familiar y comunitario reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entendiendo que la atención en salud se centra en su cuidado, y entregando herramientas para que se conviertan en agentes del autocuidado y la promoción de la salud. El objetivo del Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria es "coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, teniendo en cuenta que las acciones de cuidado por parte del ciudadano implican la adopción de medidas de autocuidado para el mejoramiento del estado de la salud propia y de la familia" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Así se integran las intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Con esto, mejora la capacidad resolutive y la calidad de la prestación de servicios en el prestador primario, permitiendo el seguimiento a sus usuarios, en ámbitos más cercanos a sus lugares de residencia y a menor costo.

De acuerdo con este enfoque, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud (EMS) vinculados a prestadores primarios, en el marco del componente primario de las redes integrales, que lideran el cuidado de la salud y se ejecuta a través de planes integrales de cuidado de la salud, con dimensiones a nivel personal, familiar y comunitario. Estos planes integrales de cuidado de la salud incluyen atenciones y acciones para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la enfermedad en las personas, las familias y comunidades, como sujetos de atención en salud, de acuerdo a las potencialidades y necesidades existentes

La salud familiar y comunitaria, adicionalmente, se despliega “bajo procesos transdisciplinarios de gestión y prestación de servicios sociales y de salud e involucra no solo al médico familiar, sino también a otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios, saneamiento básico e ingenieros y actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas...” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016. p. 38). De modo que se configura como elemento nuclear de la intervención siendo “la interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano” (MSPS 2016) para dar una respuesta social a la persona, la familia y la comunidad.

Por lo anterior la atención brindada en los SECOR debe necesariamente incorporar la forma en que los individuos y sus familias llevan las secuelas de la enfermedad, de las limitaciones en la actividad y la discapacidad de conformidad con las circunstancias particulares de su vida (OMS, 2008). Conlleva a indagar sobre el manejo familiar de cada situación, al igual que si la persona y la familia reconoce los recursos con los que cuenta y cómo enfrentar tal situación. También se identifican sus intereses, necesidades y la dinámica de las relaciones familiares

4. PILARES CONCEPTUALES

Los dos pilares conceptuales sobre los que construye la propuesta de SECOR son los determinantes sociales de la salud, el funcionamiento. Estos, además de configurarse como el soporte teórico de esta propuesta, apalancan propósitos de mayor alcance en términos sociales y políticos. el primero nos invita a generar una estrategia que busque como fin último la afectación positiva de los factores determinantes de la salud en cada territorio y el segundo como nos permite formular una visión de la rehabilitación que trascienda a las acciones individuales

4.1 Determinantes Sociales de Salud

La Organización Mundial de la Salud OMS 2010 propone definir los determinantes sociales de la salud como *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen”, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas*

que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En este orden de ideas, el marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud PAIS, recoge la definición de determinantes sociales definido por la OMS (2010) y lo adopta en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012- 2021 el cual reconoce *"que el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente"* abarcando desde el nivel microcelular hasta el macroambiental (OMS, 2011). Sus postulados están soportados, entre otros, en dos postulados que plantea el autor Diderichsen 2010, primero en el concepto de poder y segundo en el "Modelo de Producción Social de la Enfermedad".

1. De conformidad con el concepto de poder, este, se configura a partir de la relación entre la estratificación social y la acción colectiva para el posicionamiento de los derechos humanos en la agenda política. Por tanto, el lugar que ocupan las personas en las relaciones de poder resulta por un lado de la posición socioeconómica que ocupan y por otro está determinada por la participación social en la toma de las decisiones y la configuración de relaciones cooperativas entre ciudadanía e instituciones.
2. Según el mismo autor, en relación con el modelo de producción social de la enfermedad el contexto socioeconómico y político define la distribución inequitativa de la riqueza y la posición de los individuos en la sociedad. A su vez, la posición socioeconómica determina los resultados diferenciales en salud por la vía del acceso a bienes y servicios. Esto, para los grupos más pobres se traduce en circunstancias de vida desventajosas, comportamientos de riesgos, desigualdad en oportunidades y niveles y estilos de vida no adecuados. En esencia, la estratificación social estructura las inequidades en salud, esto puede explicarse mediante tres líneas de influencia: 1) la exposición diferencial a riesgos para la salud, 2) la vulnerabilidad diferencial

en condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales y 3) las consecuencias diferenciales económicas, sociales y en salud.

En función de las dos situaciones descritas, las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población generan un gradiente en salud¹⁴, evidencia de las brechas y la desigualdad¹⁵ que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población a lo largo del transcurrir vital. En tal sentido, la existencia de condiciones de salud, limitaciones en la actividad y discapacidad¹⁶ en la población profundiza esta diferencia/desventaja, dado que puede llegar a limitar oportunidades para trabajar, sus acceso a la educación y otras que afectarían negativamente su solvencia económica.

Tal situación reafirma la relación discapacidad pobreza explicada anteriormente y lleva necesariamente a comprender que la pobreza, siendo un determinante social de la salud, está determinada, a su vez, por la presencia de discapacidad, convirtiendo esta triada Discapacidad- Pobreza- Salud en un círculo vicioso en donde a mayor pobreza menor salud y mayor discapacidad y a mayor discapacidad, mayor pobreza y menores condiciones de salud.

Ejemplo, una persona con discapacidad en edad productiva inmersa en un medio ambiente que no ofrezca las condiciones necesarias, enfrentará, entre otras cosas, dificultades para desarrollar las actividades propias del trabajo. En consecuencia, su ámbito productivo se verá restringida y, por tanto, su nivel de ingresos y el acceso a bienes y servicios. Unas condiciones de vida caracterizadas por la restricción en alimentación, vestido y servicios públicos, de salud o de rehabilitación, entre otros, pueden comprometer la salud de las personas y aumentar las dificultades y la discapacidad. Por el contrario, si se cuenta con una buena posición en la

¹⁴ Los datos dentro de un país que indican que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud se le conoce como gradiente social de la salud y significa que las inequidades en salud afectan al total de la población

¹⁵ "La desigualdad es entendida como la resultante de una situación de salud en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, grupos étnicos, entre otros"

¹⁶ Se entiende como limitación en la actividad aquellas situaciones en las que la persona, debido a una condición de salud, presenta dificultades permanentes o transitorias en la realización de tareas y actividades de la vida diaria, que, aunque no se configura como una discapacidad si afecta la autonomía y el desempeño de la persona en su entorno

estratificación y la disponibilidad de un medio ambiente que ofrezca las condiciones para trabajar, esta misma persona, tendrá mayores recursos para afrontar las repercusiones de su condición de salud y disminuir el avance de su discapacidad.

Así, la discapacidad, que subyace una condición de salud ¹⁷, pasa a ser un determinante de la salud, pues modifica de manera directa las condiciones socioeconómicas de una población e impacta en el gradiente de salud. En esta lectura somera de la discapacidad como determinante, las consecuencias económicas y sociales de las inequidades en salud en una persona con Discapacidad pueden retroalimentar negativamente los resultados en salud.

Ahora bien, tal situación se expresa diferente de acuerdo al momento por el que atraviese la persona en el curso de vida, y puede verse agravada en los grupos poblacionales que han sido históricamente vulnerados en el ejercicio de sus derechos y que hoy hacen parte de una categoría de enfoque diferencial como son género, pertenencia étnica, identidad sexual, envejecimiento y vejez, víctimas del conflicto armado, entre otros.

Así mismo, es importante destacar que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS 2009, reconoce el enfoque diferencial¹⁸ en la igualdad, la equidad y la no discriminación del derecho a la salud para *“los diversos grupos poblacionales, y la especificidad de sus necesidades”* dado *“las desventajas y necesidades no satisfechas que suceden en la práctica porque la protección de algunas necesidades específicas de cada uno de los grupos”*(PDSP 2010) es un camino para cerrar la brecha abierta por las desigualdades históricas.

En tal sentido el PDSP establece dimensiones transversales para la gestión diferencial de poblaciones vulnerables con los siguientes componentes:

¹⁷ “Condición de salud” se refiere a una situación específica que se puede identificar mediante un diagnóstico, mientras que “Salud” hace referencia al concepto amplio que desde la OMS 2010 se define como el estado de Bienestar de la persona

¹⁸ Para fines de comprensión de la diversidad, el enfoque diferencial comprende los sub-diferenciales de ciclo de vida, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad, y particulares situaciones generadoras de inequidades sociales (desplazamiento forzado, trabajo sexual, región a la que se pertenece o donde se habita, entre otras).

- ✓ Desarrollo Integral de las niñas, niños y adolescentes.
- ✓ Envejecimiento y vejez.
- ✓ Salud y género.
- ✓ Salud en población étnica.
- ✓ Discapacidad.
- ✓ Víctimas del conflicto armado.

Como ejemplo de estos se puede destacar, por un lado, el componente de discapacidad, se encuentra definida una apuesta muy importante para este proceso, relacionada con el desarrollo de un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad (PDSP 2010). Por otro lado, en el componente de Víctimas del conflicto armado se encuentra contemplado como meta a 2021, que Colombia tendrá un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto.

Así mismo, se encuentran acciones y metas para los otros 4 componentes que pueden ser incluidos en el desarrollo de los SECOR pues la materialización de estos componentes en los territorios apalanca directamente ese cambio de paradigma de los procesos de rehabilitación que requiere una comprensión integral de las causas estructurales de la exclusión y la inequidad en salud. Así cobra sentido que exista una apuesta específica en componente primario la relación con la rehabilitación.

4.2 Funcionamiento/Discapacidad

El concepto funcionamiento que retomamos para fundamentar los SECOR emerge de las definiciones¹⁹ que ofrece la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la salud -CIF-. Dicho concepto surge de entender las relaciones de la persona con el entorno desde dos aristas: una que hace referencia a los aspectos positivos de dicha interacción a la cual se denomina "Funcionamiento" y otra, que

¹⁹ La CIF, proporciona definiciones operativas sobre cada concepto pues se busca que dichos conceptos puedan ser funcionales en un sistema de clasificación, por tanto, no aporta explícitamente una profundidad epistemológica sobre cada uno de ellos.

hace referencia a los aspectos negativos que se denomina "Discapacidad". Esta comprensión tiene como base el enfoque biopsicosocial y, en tal sentido, para entender la relación "individuo-entorno" se parte de un método de análisis que tiene como premisa que las relaciones son dinámicas y multidireccionales.

Por lo anterior, el planteamiento de los conceptos "Funcionamiento/Discapacidad" desde una lógica binaria no pueden entenderse como condiciones dicotómicas, estáticas, instaladas individualmente o como atributos de la persona, sino como el resultado positivo o negativo de las relaciones dinámicas que establece la persona que presenta una condición de salud con el contexto. En tal sentido, se da paso a visión que busca, reconocer el papel cambiante del entorno y como éste afecta la vida de las personas desde una doble polaridad, es decir, como potenciador del funcionamiento o como generador de la discapacidad.

Este método de análisis implica tener en cuenta las dimensiones biológicas, individuales y sociales representadas en 6 piezas²⁰ constitutivas del funcionamiento: 1. La condición de salud, 2. Los sistemas corporales 3. Las actividades 4. La participación, 5. Los factores ambientales y 6 Los factores personales. En la tabla 1 se puede establecer la relación entre la dimensión de cada una de estas piezas y su definición desde la CIF

Tabla 1. Piezas constitutivas del funcionamiento

Dimensión	Piezas constitutivas del funcionamiento	Definiciones CIF (OMS 2010)
Biológico	Condición de salud	Incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Puede incluir también otras

²⁰ La CIF proporciona las "piezas de construcción" para poder crear modelos y estudiar los diferentes aspectos del proceso. En este sentido, podemos considerar la CIF como un idioma y los textos que se pueden crear dependerán de los usuarios, de su creatividad y de su orientación científica.

		circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas
	Sistemas Corporales	Hace referencia a los aspectos biológicos divididos en: Funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas). Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
Individual	Actividad	Es la realización: de una tarea o acción por parte de un individuo.
Social	Participación	Es el acto de involucrarse en una situación vital.
	Factores Ambientales	Lo constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.
	Factores individuales	Hace referencia a las condiciones intrínsecas en la persona que no son su condición de salud como género, etnia, identidad sexual, preferencias, gustos

Ahora bien, los elementos anteriormente descritos tienen un equivalente negativo, que se configuran como los elementos constitutivos de la discapacidad para los cuales la CIF también propone unas denominaciones y definiciones específicas

Tabla 2. Piezas constitutivas de la discapacidad

Dimensión	Piezas constitutivas de la Discapacidad	Definiciones CIF (OMS 2010)
Biológico	Diagnóstico ²¹	Incluye enfermedad trastorno, traumatismo y lesión, que se encuentre según etiología definida en la CIE 10 ²²
	Deficiencias	Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida

²¹ Para que se configure una discapacidad según la normatividad colombiana estos diagnósticos deben ser de carácter permanente o a largo plazo

²² Clasificación Internacional de las Enfermedades. 10 versión

Individual	Limitaciones en la Actividad	Son dificultades que un individuo puede tener en el realización de actividades desde una perspectiva individual
Social	Restricciones en la participación	Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales
	Barreras	son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad.

Así, la comprensión integral del funcionamiento/discapacidad no debe entenderse como algo abstracto, sino que pasa por revisar todos los elementos anteriormente descritos, identificando los aspectos positivos y negativos de una manera integral e integrada, es decir, de cada uno y en relación con el otro, luego, la presencia de un aspecto negativo no implica necesariamente que toda la relación sea negativa y por tanto no significa exista una discapacidad.

En términos operativos, la apropiación de estos conceptos proporciona un marco de referencia para organizar la información relacionada con el funcionamiento y la discapacidad de un modo significativo que permite de concluir si existe o no una discapacidad y brindar descripción integral de los elementos relacionados.

De este modo, la "discapacidad" se configura cuando hay aspectos negativos en todos los elementos que constituyen el funcionamiento, de forma práctica se puede decir que existe si se cumple con el siguiente perfil:

"Hay presencia de una condición de salud negativa con deficiencias corporales a largo plazo que limitan las actividades y restringen la participación en un contexto con de barreras que afectan el funcionamiento."

Ahora bien, existen casos en donde pese a la existencia de aspectos negativos en los elementos que componen el funcionamiento, no se configura como tal la discapacidad". A continuación, se exponen algunos ejemplos para ilustrar situaciones en donde no se configura una discapacidad, sin embargo, están presentes dificultades en el funcionamiento:

Caso 1. Existe deficiencia sin limitación en la actividad y sin restricción en la participación: Un niño nace sin una uña. Esta malformación es una deficiencia de estructura, pero no interfiere con las funciones de la mano del niño o en lo que el niño puede hacer, por lo tanto, no existe limitación y posiblemente podrá jugar con otros niños sin que le ridiculicen o excluyan por causa de esta malformación²³

Caso 2. Existe deficiencias, limitaciones y restricciones, pero los elementos del contexto actúan como facilitadores y permiten superar las condiciones negativas: una persona con miopía, tiene una deficiencia en la visión, y sus actividades laborales están afectadas, sin embargo, cuenta con unos lentes bien prescritos y adaptados, que hacen que supere completamente la limitación en la actividad y por tanto su restricción en la participación.

Caso 3: Existe una restricción en la participación, pero no existe una deficiencia ni limitación en la actividad. Una persona sana ha estado trabajando con pacientes que tienen SIDA, no tienen dificultades en sus actividades, pero la gente que le conoce sospecha que puede haber adquirido el virus y le evitan. Esto conduce a problemas significativos las interacciones sociales y en la comunidad, vida social y cívica²⁴.

Los casos descritos anteriormente ayudan a entender los límites entre la existencia o no de la discapacidad, sin embargo, no deben entenderse como una fórmula infalible que se puede aplicar a todos los casos, pues seguramente cada caso tendrá especificidades que podrán alterar lo expuesto en los ejemplos y concluir en resultados diferentes. En conclusión, el resultado no está determinado por la condición de salud de la persona unilateralmente, por eso no se inferir simplemente desde un diagnóstico, sino que se debe contar con la experiencia real de las personas que tienen dicho diagnóstico.

²³ Caso tomado de la CIF

²⁴ Caso tomado de la CIF

En suma, anclar los SECOR a esta forma de concebir el funcionamiento permite orientar los procesos de rehabilitación hacia la intervención de las dimensiones biológicas, individuales y sociales de las personas buscando el tránsito de los aspectos negativos que pueden generar discapacidad hacia los aspectos positivos que promueven el funcionamiento. Con esto se pretende, no solo, atender los efectos de la discapacidad cuando ya esté configurada, si no, intervenir los elementos que la estructuran para promover el funcionamiento, aun en presencia de condiciones de salud negativas.

Tabla 3. Objetivos de SECOR

Dimensión	Aspecto negativo	Objetivo de los SECOR
Biológica	Deficiencias	Disminuir las deficiencias y prevenir la generación de nuevas deficiencias derivadas de la falta de atención de la condición de salud
Individual	Limitaciones en la actividad	Aumentar la capacidad en la realización de actividades
Social	Restricción en la participación	Aumentar el desempeño ²⁵ en el contexto
	Barreras del Contexto	Disminuir barreras y potenciar facilitadores

Fuente: autora

Siguiendo con la importancia del concepto “Funcionamiento” para los SECOR, este concepto permite entender que la rehabilitación no solo está dirigida a personas con discapacidad, sino también a personas a personas con condiciones de salud transitorias y permanentes que presenten limitaciones en la actividad y factores contextuales que afecten el funcionamiento. Pues desde esta perspectiva dinámica los límites entre la existencia o no de discapacidad se desdibujan frente al propósito de mejorar el funcionamiento humano en cualquier circunstancia.

²⁵ Desempeño: describe lo que una persona hace en su contexto/entorno actual “el acto de involucrarse en una situación vital” o “la experiencia vivida” de las personas en el contexto real en el que viven. (OMS 2001). Este es un concepto propuesto por la CIF que hace parte de los conceptos relacionados con el funcionamiento que se aborda con profundidad en este documento en el capítulo de componentes

5. MARCO ESTRATÉGICO

Este capítulo expone el marco para la acción de la propuesta de SECOR a partir del dialogo entre las apuestas de la APS y de la rehabilitación, parte de entender que la APS representa una estrategia que permite afectar positivamente los determinantes sociales de salud y que él la rehabilitación es igualmente un proceso por el cual se busca afectar positivamente el funcionamiento de la persona. En consecuencia, no están al margen de lo que se ha definido como pilares conceptuales en el capítulo anterior, por el contrario, perite acercar los pilares conceptuales en apuestas concretas para los territorios.

Antes de presentar la conceptualización de cada uno es importante tener en cuenta que los servicios de rehabilitación han esta alejados del primer nivel de atención, no obstante, el discurso de la rehabilitación ha estado presente en el discurso de la APS y por tanto establecer este dialogo ayuda a cristalizar esta relación y precizarla en términos del que hacer de una propuesta de rehabilitación en el componente primario de atención que involucre tanto al primer como al segundo nivel de atención.

5.2 Atención Primaria en Salud

De la comprensión de los determinantes sociales de la salud emerge la necesidad de implementar estrategias para evitar las desigualdades y generar transformaciones estructurales, una de estas estrategias es Atención Primaria en Salud, su definición, desde la Declaración de Alma-Ata de 1978, hace referencia a *"la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo"*.

En el mismo sentido, la OMS en su informe de 2008, plantea que la APS debe involucrar *"la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos"*. En la revista The Lancet, la Directora General de la OMS, Margaret Chan, escribió: «Ante todo, la atención

primaria de salud ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura, y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención». (Resumen del Informe sobre la salud en el mundo. 2008

En efecto, no es solo una parte de la atención, es una manera de organizar el conjunto de la atención integral en salud dado que estructura toda la referencia y contrareferencia de los servicios, por tanto, se expresa en los componentes "Primario" y "Complementario" de la atención en salud, de acuerdo a sus funciones:

- **Componente primario:** es el encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad. Gradual y progresivamente, este componente deberá resolver mínimo el 80% de los problemas de salud de la población.
- **Componente complementario:** encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.

En consecuencia, la integralidad se da en la medida que los dos componente sean interdependientes en la atención y está determinada por la eficacia y alcance que

tenga la APS en los territorios²⁶. Así, la integralidad incluye la preservación, mejoramiento y promoción de la salud. El suministro de servicios de manera completa con actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

En consecuencia, la APS es una estrategia integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos fortaleciendo los modelos de atención en salud que tienen aseguramiento social. De esta manera, la integración entre atención primaria y gestión del riesgo en salud permite abordar articuladamente los riesgos individuales y colectivos en salud siendo la llave que integra el aseguramiento a los objetivos de reducir la carga de enfermedad, más allá de las acciones de tipo asistencial.

Para dar sentido práctico a lo explicado en la prestación de servicios de salud, el modelo de Atención Integral de Salud –MIAS–, plantea la figura de “Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud” entendiéndose estas como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial con dos tipos de prestadores: primario y complementario, que operan bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad.

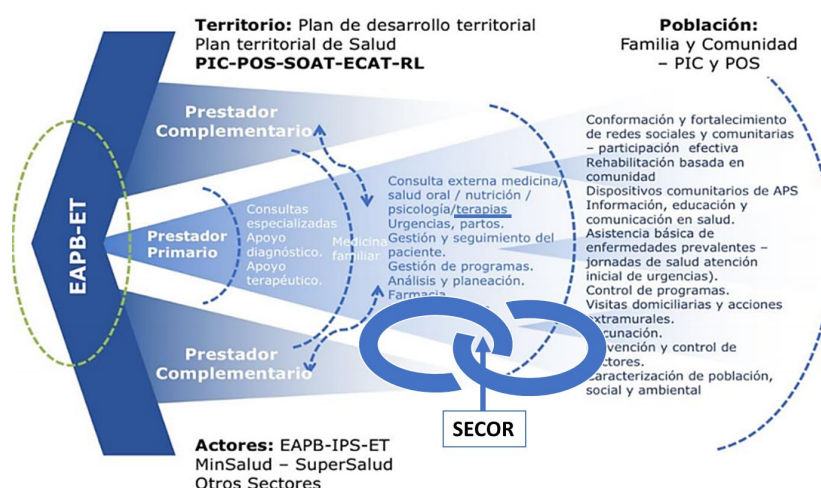
Sin perder de vista que la APS se desarrolla en ambos prestadores, es importante destacar que el prestador primario tiene un papel central en el desarrollo de la misma puesto que es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos, pues se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado a partir de la identificación de riesgos.

Para tal fin el prestador primario incluye determinados servicios de salud definidos *de acuerdo a las condiciones de oferta y demanda, adopta su infraestructura, recursos y procesos de acuerdo con diferentes capas de prestación*. Estas capas incluyen básicamente tres capas PAIS 2016 (Gráfico 2). La primera es la “Capa de

²⁶ la ley 1438 del 2011 tiene como objeto “el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud ...”

atención comunitaria” que implica acciones extra murales brindadas por diferentes conformaciones de personal, de acuerdo con el tipo de ámbito territorial (urbano, rural, disperso) y las condiciones específicas de la comunidad, el territorio y el comportamiento epidemiológico. La segunda, la capa de atención básica que incluye todas las capacidades de consulta externa médica general, enfermería, nutricional, urgencia de primer nivel, atención de parto y terapia entre otras y, finalmente la capa de consulta especializada de nivel primario la cual es orientada a partir de la capacidad de medicina familiar y disponibilidad de especialidades médicas básicas.

GRÁFICA 2. LOS SECOR EN LAS CAPAS DE ATENCIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO



Fuente: Tomado de MSPS 2016 y modificado para ubicar la propuesta de SECOR en el prestador primario

Como se observa en el gráfico 1, la capa 2 tiene un gran potencial articulador entre los ámbitos de vida de las personas y la atención especializada de los componentes primario y complementario de la salud. Luego, los SECOR se desarrollan en la intersección entre la primera y segunda capa manteniendo el potencial de afectar directamente la vida en contexto de las personas y la prestación del componente complementario mediante la referencia y contrareferencia de atenciones especializadas. De alguna manera, entra a configurarse como el eslabón perdido que articula en la “Rehabilitación Basada en Comunidad”²⁷ y la “rehabilitación funcional” que tradicionalmente ha estado concentrada en el prestador complementario.

²⁷ 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, se aplica gracias al

Lo anterior, implica que en los SECOR logre una integración de atención clínica individual y las intervenciones colectivas con el fin de actuar sobre los factores del contexto que determinan la salud, mejoran el funcionamiento y reducen las limitaciones funcionales relacionadas con discapacidad. Adicional, mediante la conformación y el fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, que genera empoderamiento de los grupos poblacionales y una capacidad de agencia y participación de las personas para definir asuntos de su vida y su entorno, se espera impactar el desarrollo territorial y la construcción de políticas públicas para la superación de inequidades

En conclusión, desarrollar una propuesta de rehabilitación funcional en el componente primario, por un lado, permite fortalecer la capacidad resolutive del sistema y por otra, hacer un manejo integral del riesgo que genere mayores ganancias en salud y una afectación de los determinantes en salud.

3.4 Rehabilitación

El interés por la rehabilitación y sus avances a nivel mundial, ha estado determinado por acontecimientos históricos, relacionados con guerras, procesos acelerados de urbanización e industrialización (Pava & Colb, 2016), cambios en los perfiles de epidemiológicos, entre otros; que como consecuencia llevaron a incrementar los casos de personas que presentaban deficiencias derivadas de condiciones de salud asociadas a dichos acontecimientos.

Lo anterior, llevó a que los estados fueran incluyendo dentro de los sistemas de salud acciones de rehabilitación que complementaran las acciones de prevención y tratamiento de enfermedades. De esa manera, no solo se buscaba mejorar el estado de la salud de las personas, sino también su desempeño. La rehabilitación se vio acompañada del surgimiento de nuevas profesiones de la salud, así como de modelos de intervención y tecnologías que se fueron incorporando, transformando y especializando.

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”.

Así, la forma de concebir la rehabilitación y la manera de orientarla ha tenido que responder y acoplarse a los avances en la concepción de "salud" y a las transformaciones económicas, sociales y culturales sobre las que se sustentan el reconocimiento y atención de las personas; así como su impacto en el desarrollo de las comunidades y de la población en general

La rehabilitación en sus inicios, surge ligada a una visión sectorial de atención en salud, instalada en el ciclo de salud-enfermedad desde una perspectiva biomédica que pretendía "normalizar" la condición biológica de la persona. Esta forma eminentemente positivista de la rehabilitación tenía un alcance limitado pues buscaba revertir las consecuencias de la enfermedad para volver al cuerpo "enfermo" a un cuerpo sano, esto, además era coherente con una visión de discapacidad que equiparaba el concepto "discapacidad" con "enfermedad a largo plazo o permanente". Sin embargo, los aprendizajes obtenidos principalmente de la atención integral a las personas con discapacidad, fueron demostrando que esta forma de entender la rehabilitación era insuficiente para alcanzar un óptimo funcionamiento de la persona, además, se evidenció que se volvía inocua la intervención si no afectaba los diferentes ámbitos en donde se desarrolla la vida de las personas.

En consecuencia, ha tenido que migrar hacia un modelo biopsicosocial que aborde no solamente, la condición biológica, sino que avance hacia el reconocimiento del entorno y de cómo este influye de manera positiva o negativa para que realice sus actividades y participe en la sociedad, situación que por supuesto desborda los alcances del sector salud, que si bien, se fundan en una concepción amplia de la salud, se limita una oferta acotada de servicios.

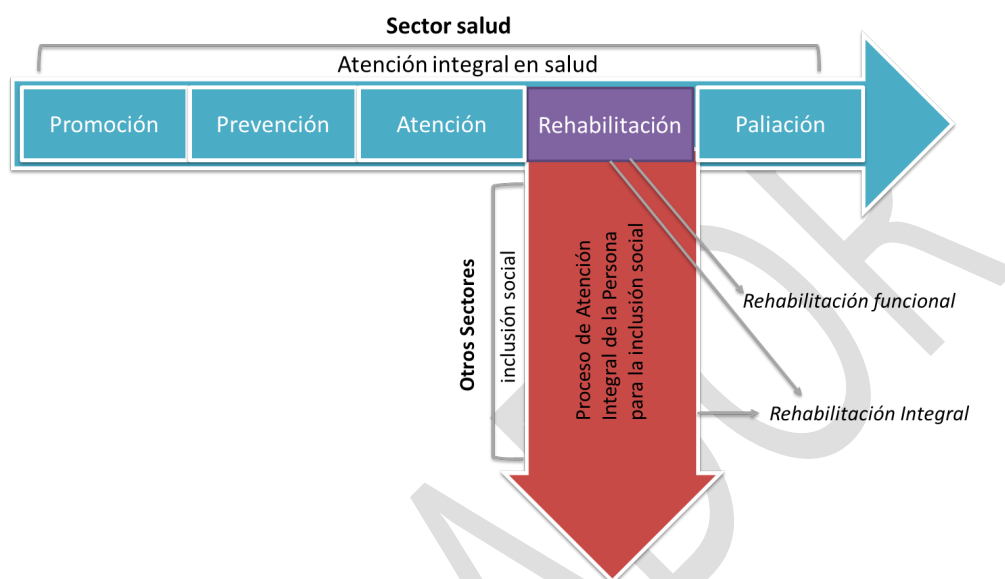
De esta manera el mundo empieza a repensarse la rehabilitación y surgen estrategias con concepciones más amplias como lo es la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) que fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) siguiendo la Declaración de Alma-Ata de 1978. Esta estrategia inicialmente buscaba mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos, haciendo uso óptimo de los recursos locales. Durante los últimos años, ha evolucionado a una estrategia multisectorial para atender las

necesidades más amplias de las personas con discapacidad, asegurando su participación e inclusión en la sociedad y mejorando su calidad de vida.

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del PDSP, promueve la implementación de la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), como parte del Plan de Intervenciones Colectivas PCI, que busca la restitución de la autonomía funcional y social como punto de partida para el desarrollo de las competencias ciudadanas de las personas, que les permitan avanzar en su inclusión social y mejorar su calidad de vida. Está orientada principalmente a las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras, no obstante, en armonía con los Lineamientos Nacionales de RBC y se ha construido un capítulo específico de RBC en salud mental que permite la inclusión de las personas con trastornos mentales que da vida a un “proceso de desarrollo local inclusivo de carácter intersectorial que aporta a la atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial y a la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental” (Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021)

Lo anterior, ha dejado un gran desafío para la rehabilitación, expresada en la necesidad de salir de una lógica sectorial a una intersectorial e incluso transectorial, que permita garantizar la integralidad no solo en términos de la atención en salud, sino una integralidad en la atención a las necesidades de la persona. Así la rehabilitación se vuelve en sí mismo un elemento bisagra de doble función por un lado hace parte del proceso integral de atención en salud²⁸ y por otro es una condición sine qua non para la inclusión social (Gráfico 3.)

²⁸ En ese orden, hace parte de la integralidad en la salud.

GRÁFICA 3. REPRESENTACIÓN DEL EFECTO ARTICULADOR DE LA REHABILITACIÓN

De tal manera el concepto genérico de “Rehabilitación” empieza a incorporar adjetivos diferentes para denominarse respondiendo a atributos específicos que buscan precisar los diferentes alcances en cada ámbito de atención. Los términos más reconocidos, especialmente en el ámbito nacional, son “Rehabilitación Integral”, “Rehabilitación Basada en Comunidad” y “Rehabilitación Funcional”

En tal sentido, es importante reconocer que el término “Rehabilitación” ha tenido concepciones diferentes dependiendo desde el ámbito en el que se ha desarrollado y el contexto. En tal sentido, la ley 1618 del 2013 marca un hito en Colombia frente a la forma de entender la rehabilitación y brindan elementos para comprender el alcance que tiene en el marco de la inclusión social y del ejercicio de los derechos. De tal forma, ofrece unas definiciones sencillas y precisas de lo que se debe entender por rehabilitación en dos sentidos:

1. *Rehabilitación funcional: Proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas 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 les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes.

2. Rehabilitación integral: Mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad.

Ahora bien, después de las leyes mencionadas esas dos categorías de rehabilitación, quedan institucionalizadas como derecho en el marco de las acciones afirmativas para las personas con discapacidad. Sin embargo, no solo las personas con discapacidad requieren rehabilitación, existe un sin número de condiciones de salud, que requieren de procesos de rehabilitación, para superar deficiencias corporales o limitaciones en la actividad o para prevenir una discapacidad a futuro. Por tanto, estos conceptos ofrecidos desde la ley tienen la potencialidad de ser vinculantes a personas con condiciones de salud que no necesariamente configuren una discapacidad. Así la rehabilitación, tanto desde su perspectiva funcional como integral, puede entrar a ser un elemento de prevención terciaria de las condiciones de salud que generan o empeoran una discapacidad.

Estas definiciones también nos permiten concluir que el ámbito de rehabilitación funcional está suscrito principalmente al sector salud (sin querer decir que sea exclusivo), por su parte, la rehabilitación integral requiere de la concurrencia de otros sectores para lograr la integración de la persona en su entorno. En tal sentido, cobra especial importancia la articulación intesectorial como un mecanismo de acción y gestión para que el sector salud y otros sectores como educación, cultura, trabajo, deportes, se sintonicen en función de dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad y así los fines de la rehabilitación integral logren ser una realidad para la persona.

5.3 Concepto de rehabilitación presente en los SECOR

La propuesta de SECOR entiende el concepto de "Rehabilitación" en términos generales como un proceso centrado en la persona que tiene como objetivo mejorar su funcionamiento en un entorno real, actual y cotidiano. Dicho proceso se debe desarrollar mediante acciones de diferente índole, unas, que corresponden

propiamente al sector salud, como, las intervenciones clínicas terapéuticas y las intervenciones colectivas y otras que están fuera del sector que dirigen hacia la inclusión social.

Ahora bien, estas acciones pese a ser de diferente índole, naturaleza y sector deben integrarse en la persona intentando reducir al máximo la fragmentación de las respuestas para que se consolide como un proceso y no solo como una suma de acciones. En ese orden se requiere que haya una estrategia que funcione como piedra angular o eslabón para integrar los diferentes alcances de la rehabilitación de forma concreta en la persona. En ese orden, la rehabilitación situada en el componente primario de atención en salud tiene toda la potencialidad y pertinencia para ser esa estrategia, hasta ahora ausente, que viabilice la integralidad tanto de la rehabilitación como de la atención en salud.

En coherencia con lo anterior, los SECOR por estar vinculados al componente primario se constituyen en la base necesaria para enlazar los procedimientos resolutorios de la rehabilitación con la intervención colectiva en los ámbitos de vida real de las personas y de esta manera sentar las bases para que mediante la articulación intersectorial la persona transite hacia procesos integrales de rehabilitación. Lo anterior, sin dejar de lado la gestión intrasectorial que se da principalmente mediante procesos de referencia y contrareferencia y que garantizan que la persona transite por procesos integrales de atención en salud

Por lo anterior el concepto de rehabilitación que debe operarse en los SECOR es el de una rehabilitación con enfoque familiar y comunitario, que no debe entenderse como otra categoría diferente de la rehabilitación, sino como una forma diferencial de desarrollar la rehabilitación funcional en los prestadores primarios para es que sea coherente con las funciones propias que le corresponden al componente primario en el marco de la APS y para que rompa con la tradición de entender la Atención Integral en Salud como un proceso lineal en donde la rehabilitación se encuentra en el último y se convierta en proceso dialogante que pueda estar presente durante el transcurrir vital de la persona

7. DEFINICIÓN DE LOS SECOR

Los Servicios de Rehabilitación con Enfoque Familiar y Comunitario es una estrategia de prestación básica de servicios de rehabilitación funcional que enlaza acciones en el entorno comunitario para la atención integral, en el marco de la Atención Primaria en Salud. Atienden a la persona, la familia y la comunidad a partir de dos tipos de acciones: 1) la rehabilitación funcional dirigida al abordaje del funcionamiento desde las necesidades de la persona en su contexto, y 2) la ejecución de intervenciones colectivas dirigidas al desarrollo de capacidades para la transformación de las condiciones sociales determinantes de la salud y para la inclusión social. La planeación centrada en la persona y la intervención inter y transdisciplinaria.

8. COMPONENTES

Retomando los conceptos revisados hasta este punto, se estructura los componentes de la propuesta, entendidos como los elementos esenciales que constituyen los SECOR y dan sentido a las acciones a desarrollar, marcan el punto de llegada de los procesos de atención y brindan la base de la estructura funcional y operativa, para la puesta en marcha de los mismo.

Así, se propone dos componentes de atención, el primero denominado "Mejoramiento del Desempeño" y el segundo "Desarrollo de Capacidades". Estos componentes no pueden ser entendidos como unidades separadas, sino como elementos interceptados y complementarios que deben verse reflejados en el sujeto de atención que es "la personas, la familia y la comunidad"

8.1 Mejoramiento del Desempeño

¿Qué es? Es el conjunto de intervenciones individuales y colectivas orientadas a lograr la participación de persona en su contexto de acuerdo a su rol, sus situaciones vitales y su proyecto de vida

En tal sentido, se orientan hacia la adquisición de destrezas para la realización de actividades en sus roles vitales incluyendo las que se orientan hacia el cuidado del propio cuerpo (AVD) y las de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad (AIVD) (MSPS, 2014).

¿Cuál es el propósito de la atención? Mejorar la calidad de vida y el funcionamiento dentro de un entorno familiar y comunitario real y actual.

¿Cuál es el contenido de este componente? Incluye la intervención terapéutica de las deficiencias en el ámbito individual, la identificación y adaptación de los apoyos y ajustes razonables para el funcionamiento en el ámbito familiar y comunitario. También se dirige a la intervención de los factores ambientales en el entorno del hogar y la canalización hacia otros sectores de los factores identificados que desbordan las competencias del sector salud. La intervención, apalanca el propósito de toda la intervención que es la materialización de los proyectos de vida que las personas han definido para sí mismas según sus intereses, posibilidades y contexto real.

¿Cómo se opera? Mediante atenciones individuales²⁹ incluidas en los planes de beneficios, en las modalidades intramural y extramural, que incluyan la intervención terapéutica, la educación en salud, el abordaje psicosocial, y el trabajo en ámbito familiar y ocupacional. Teniendo en cuenta que, las atenciones individuales constituyen el punto de partida de las intervenciones colectivas para la gestión de los factores ambientales es importante que este componente también enlace intervenciones colectivas en los entornos del hogar, escuela, trabajo y comunidad, en función de mejorar el funcionamiento de la persona.

8.2 Desarrollo de capacidades

¿Qué es? Es una propuesta de construcción colectiva de acciones concretas que buscan la transformación de la realidad territorial, que parte de reconocer los propósitos comunes sobre los que se agregan las personas, la familia y la comunidad

²⁹ Las intervenciones individuales se agrupan en evaluación inicial, definición de la intervención, intervención y evaluación final (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

para impactar los determinantes sociales de la salud y del funcionamiento. Invita a entender el desarrollo de capacidades como un proceso donde las personas inciden para alcanzar sus propios objetivos de desarrollo (Resolución 518 de 2015, numeral 3.4), buscando permanentes transformaciones.

¿Cuál es el propósito de la atención? fortalecer y desarrollar capacidades tanto individuales como colectivas para:

1. Conocer las distintas formas de entender la discapacidad para comprender que es un asunto de derechos.
2. Comprender los mecanismos de acción de los factores ambientales, estructurales e intermediarios que configuran el contexto en la determinación de la discapacidad y de las inequidades sanitarias.
3. Generar conciencia sobre transformación de las condiciones de vida que determinan la salud como un asunto de justicia social.
4. Conocer los mecanismos individuales y colectivos para la incidencia y exigibilidad de los derechos de las personas en general y con discapacidad,
5. Conocer y apropiar las rutas de articulación intersectorial local y los procesos de planeación participativa territorial.
6. Incidir en espacios para la participación de las comunidades en la definición de las prioridades en la agenda política territorial y la articulación intersectorial que se llevan a cabo en el marco de acción de la promoción de la salud³⁰ (MSPS, 2016) y en la construcción de los planes territoriales de salud.

³⁰ “Promoción de la salud: comprendida como el marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la vida y la salud mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales y comunitarias, dirigidas a la reducción de inequidades y a la afectación de los determinantes sociales de la salud, lideradas por el Gobernador o el Alcalde, con el fin de aumentar el nivel de vida de salud y bienestar de toda la población en los entornos donde se desarrollan las personas” (Resolución 518 de 2015, numeral 13.1)

¿Cuál es el contenido de este componente?

Este componente incluye dos estrategias. 1. la conformación de redes sociales y comunitarias y 2. la estrategia de “empoderamiento”.

La conformación de redes sociales y comunitarias son entendidas como grupos de ayuda mutua, redes y organizaciones de personas con discapacidad o sin discapacidad, familias y/o cuidadores, cuyo objetivo común es generar alternativas de cambio y desarrollo a través de proyectos para el mejoramiento de su salud y calidad de vida. Las redes se mantienen unidas en la medida en que cada uno de sus miembros identifica claramente su rol y la manera en que su participación genera beneficios.

Por su parte la estrategia el “empoderamiento” se refiere a “un proceso de movilización por medio del cual la comunidad organizada, informada y capacitada asume a conciencia su papel de agente o sujeto de autodesarrollo, y junto con la administración local y las instituciones de los diferentes sectores identifica (concilia), prepara (planea, organiza), ejecuta (dirige y controla) y evalúa proyectos de y para su desarrollo” (Resolución 518 de 2015, numeral 13.1.2).

¿Como se opera este componente?

Este componente se desarrolla mediante una serie de acciones incluidas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC (MSPS, 2016). Se realiza a través de procesos de educación dirigidos a la comprensión de los factores de riesgo que afectan el funcionamiento y que están asociados a la discapacidad. Así mismo incluye la formación en aspectos necesarios para lograr empoderamiento y organización social de las personas y de las comunidades. Una de las tecnologías más relevantes para materializar este componente es la de Rehabilitación Basada en Comunidad (tanto para discapacidad como para salud mental)

Ahora bien, la transformación de los factores ambientales determinantes de la discapacidad, incluye el desarrollo de políticas públicas que desbordan las competencias del sector salud. Por eso es necesario que desde este componente se orienten acciones de articulación con otros sectores, tales como infraestructura, comunicaciones, trabajo, educación etc., que deben enfocar sus acciones para la prestación de servicios de manera integrada con el sector salud.

9. MECANISMOS DE ACCIÓN

9.1 Atención centrada en la persona

La formulación e implementación de los planes integrales de cuidado, para el ámbito de los SECOR, se plantea a partir de un proceso de “Atención Centrada en la Persona”, en el que se articule los objetivos de la rehabilitación funcional con las expectativas y posibilidades reales de la persona en su contexto incorporando los elementos disponibles en su ámbito familiar y comunitario.

En dicho proceso la persona se configura como el referente y el motor de la atención. Se propone desarrollar la máxima autonomía e independencia mediante la identificación de apoyos precisos, según las necesidades e intereses de la persona (Rodríguez, 2013).

La planeación de la atención centrada en la persona “requiere que la práctica profesional se desarrolle mediante una relación de ayuda... y desde una posición terapéutica no directiva...” (Rodríguez, 2013. pg. 46). En este escenario, desde la propuesta de SECOR se debe partir de la identificación de los apoyos para la comunicación y la toma de decisiones, la recopilación de los datos fundamentales de la historia de vida y la identificación de las potencialidades, necesidades e intereses de la persona.

Una vez establecidos los intereses y necesidades, debe de manera concertada definir una meta que orienta el proceso de rehabilitación de la persona y los abordajes de la familia y el contexto haciendo visibles los entornos y los procesos de participación social. De modo que, se cuente con una base para la planeación de la rehabilitación,

determinando los aspectos de la evaluación integral y del plan de atención en sus dimensiones individual, familiar y comunitaria.

9.2 Sobre la Inter y transdisciplinariedad

Los procesos transdisciplinarios constituyen “un ejercicio de construcción colectiva y creativa en el que participan diferentes disciplinas y corrientes de pensamiento y que, optimizando los aportes disciplinares, trasciende sus límites y genera nuevo conocimiento que enriquece a todos los participantes” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016 pg. 35). Según Jean Paige (citado por González Lesbia 2009), se debe “establecer vínculos de los elementos presentes dentro de un sistema total, sin establecer límites entre las disciplinas que intervienen”; así, en cada una de las acciones debe estar presente una visión integradora.

La atención brindada en los SECOR, necesariamente debe incorporar respuestas transdisciplinarias que aborden el reconocimiento de las múltiples facetas, elementos y variables relacionadas con las situaciones particulares, para no generar alternativas fragmentadas, parceladas y desfiguradas de la realidad desde distintas áreas o especialidades. Los profesionales en este proceso deben comprender tanto su rol (disciplinar) particular como la integralidad de la situación que atienden y desarrollar acciones en cada caso, para que se traduzcan en respuestas pertinentes e integrales, asumiendo unos roles de facilitadores para la construcción conjunta del proceso de rehabilitación, mediante el entendimiento mutuo en relación horizontal, respetuosa y compartida.

En el desarrollo de las fases de rehabilitación participan profesionales de diversas disciplinas vinculados al prestador primario, quienes desde sus campos específicos de saber desempeñan roles que confluyen en un diálogo permanente transdisciplinar. Estos constituyen “un ejercicio de construcción colectiva y creativa en el que participan diferentes disciplinas y corrientes de pensamiento y que, optimizando los aportes disciplinares, trasciende sus límites y genera nuevo conocimiento que enriquece a todos los participantes” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016 pg. 35).

10. ACCIONES

Para garantizar la sostenibilidad e integralidad de los componentes de los SECOR se hace necesario desarrollar de manera articulada acciones de tres tipos, 2.las atenciones individuales que son las que están garantizadas bajo los planes de Beneficios por las Administradoras en Salud, las intervenciones colectivas, ordenadas territorialmente por las autoridades sanitarias y la acción intersectorial o transectorial

10.1 Atenciones individuales:

Se refiere a aquellas acciones costo efectivas que al ser ejecutadas a nivel individual afectan positivamente a la población, mejorando sus capacidades o condiciones y/o atenuando riesgos colectivos en salud, protegiendo a la comunidad en su conjunto de un riesgo en salud. Inciden también en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero desde el nivel individual

10.2 Intervenciones Colectivas:

Desde la resolución 518 del 2015 “por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública” se define las intervenciones colectivas como el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida: definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio.

Estas acciones que van a incidir en esos determinantes sociales que están afectando la comunidad, por tal razón se dirige a promoción de salud y prevención de la enfermedad de las comunidades y poblaciones

Estas acciones se materializan mediante los planes de intervenciones colectivas PIC como un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud - POS y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones

colectivas o individuales de alta externalidad en salud, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública ·PDSP.

Los PIC están dirigidos y administrados por el Estado. Su formulación, ejecución, seguimiento y evaluación está a cargo de los Departamentos, Distritos y Municipios de acuerdo con las competencias definidas en la normatividad vigente, en el marco de los Planes Territoriales de Salud. Son gratuitas y están dirigidas a la totalidad de la población, independientemente de su estado de aseguramiento. La ejecución no está sujeta a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación.

10.3 Inter y transectorialidad

La equidad en salud y la garantía de los derechos de la población, en razón a su determinación por factores estructurales del contexto socioeconómico y político, no son asuntos que se puedan abordar solo a expensas de las acciones en salud. Por lo tanto, es de vital importancia que el sector salud se asocie con otros sectores para el diseño e implementación de estrategias que permitan hacer frente a los riesgos identificados y posicionar la salud como uno de los resultados socialmente valorados en todas las políticas (OMS, 2008) ³¹.

En este marco, se reconocen dos procesos con distintos alcances que guían el accionar de las entidades y sectores en el territorio: la coordinación intersectorial y la transectorialidad. La primera abarca los procesos la articulación de esfuerzos y creación de sinergias que favorezcan la consecución de objetivos estratégicos. Busca evitar o minimizar la duplicidad y superposición de políticas, asegurar prioridades de política y apuntar la cohesión y coherencia entre las políticas (Resolución 518, 2015, numeral 5,1). La OMS apropia la definición de intersectorialidad (FLACSO, 2015) como la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida”

³¹ De acuerdo con la Ley Estatutaria de la Salud “el legislador deberá definir procesos para intervención de los Determinantes Sociales de la Salud. Su abordaje se considera intersectorial, financiado con recursos diferentes a los destinados a proveer servicios” (MSPS, 2016. p. 32).

Por último, la transectorialidad se reconoce como el proceso de articulación e integración de acciones individuales y colectivas de diferentes actores institucionales, sociales y privados alrededor de la construcción colectiva de las respuestas que permitan incidir en sobre los factores sociales determinantes (Resolución 518, 2015, numeral 3.10).

En los SECOR, la articulación con sectores como infraestructura, comunicaciones, trabajo y educación, entre otros, es fundamental puesto que la transformación de los determinantes sociales de la salud y de la discapacidad desborda las competencias del sector salud. Esto permite canalizar y gestionar los factores ambientales que intervienen en el funcionamiento, identificados en los niveles individual y social. La canalización hacia otros sectores se debe hacer de manera articulada con la institucionalidad de cada territorialidad con el fin de crear rutas de articulación y respuesta efectiva para la persona y su familia.

Desde el proceso terapéutico con la persona, la familia y su círculo social, se realiza un trabajo permanente de reconocimiento de sus capacidades de autogestión, del reconocimiento de las rutas de atención sectoriales e intersectoriales. Lo anterior va formando herramientas para el reconocimiento de su capacidad de trabajo por sí mismo y su comunidad.

PARTE 3 RUTA OPERATIVA

11. PRESENTACION DE LA RUTA OPERATIVA

El presente apartado describe un conjunto de acciones o pasos, consecutivos y ordenados, que se articulan a partir de un proceso de planeación centrado en la persona, en donde se adoptan diversos insumos metodológicos y técnicos. Con una breve descripción de los pasos y de las actividades explica la base de una estructura organizativa.

La Ruta Operativa es una herramienta para orientar las acciones de la rehabilitación, desde una perspectiva integral, en la Atención Primaria en Salud (APS) en Colombia. Describe un conjunto de acciones o pasos consecutivos y ordenados, que se articulan a partir de un proceso de planeación individual, adoptando diversos insumos metodológicos y técnicos.

11. 1 A quienes va dirigida la propuesta de SECOR

Los SECOR son una respuesta para atender de manera integral a personas con condiciones de salud que conlleven dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria y/o en el desempeño de su rol social. En esta población se incluyen las personas que tengan algún tipo de discapacidad o que presenten el riesgo de adquirirla. Adicional, como condición inicial para la remisión a la población que debe ser atendida en los SECOR se debe tener en cuenta:

- ✓ Que la condición de salud susceptible de ser intervenida a través de cuidado primario de la salud y servicios básicos en rehabilitación, aquello que se puede resolver con la familia y la comunidad

- ✓ Que tenga una necesidad de abordaje conjunta tanto de la deficiencia como del contexto con miras al funcionamiento y a la inclusión social
- ✓ Que la etapa de evolución del proceso de salud se encuentre en un estado inicial, subagudo, crónico, de mantenimiento o de seguimiento

11.2. Atributos de la Ruta de atención

Para comprender la ruta de atención como parte de un proceso integral centrado en la "persona" es importante precisar algunos de los atributos que son transversales a la ruta y que le dan sentido práctico al proceso:

- ✓ La ruta de atención está conformada por 10 pasos/procesos, que permiten materializar conjuntamente los dos componentes de los SECOR (mejoramiento del desempeño y desarrollo de capacidades) estos pasos se presentan como elementos consecutivos en el marco de una temporalidad ideal, no obstante, deben ser comprendidos como procesos que se retroalimentan uno a otro, luego, pueden darse en una secuencialidad diferente dependiendo de cada caso y realidad territorialidad
- ✓ Los pasos de la ruta no contemplan una franca división ni son completamente exclusivos para cada componente, por tanto, un mismo paso de la ruta puede encarnar acciones en los dos componentes.
- ✓ El sujeto de atención de los SECOR está configurado por "La personas, la familia y La comunidad", por tanto, los pasos de la ruta buscan hacer un abordaje no fragmentado, así, cada paso en los posible debe contemplar las acciones, para la persona, para la familia y para la comunidad.

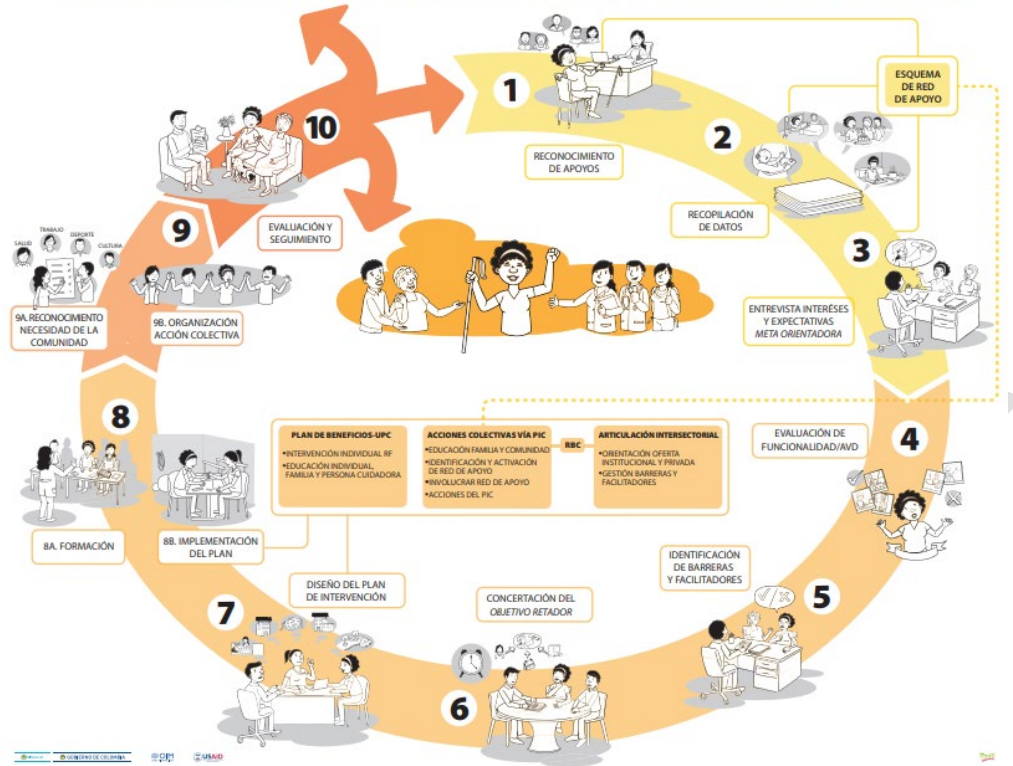
- ✓ Cada paso de la ruta debe desarrollarse con sistematicidad, es decir debe quedar consignado en la historia clínica el abordaje que se realice y no solo en términos de los aspectos clínicos individuales.
- ✓ Las fases de la atención no tienen correspondencia con un número específico de sesiones de atención. El proceso deberá adaptarse a las sesiones que sean ordenadas para la intervención, sin desmeritar el cumplimiento de los pasos.
- ✓ Las atenciones en esta fase son de carácter individual y colectivo. Tienen lugar en el entorno institucional del prestador primario y en los entornos de vida de la persona: hogar, escuela, comunidad

11.2. Fases de la Ruta de atención

En la gráfica 4 se puede observar el esquema de la ruta operativa de los SECOR, la cual será explicada a continuación a manera de guion para la atención, es decir, como una serie de recomendaciones que debe tenerse en cuenta durante la interacción directa con las personas usuarias del servicio

GRÁFICA 4. REPRESENTACIÓN DE LAS FASES DE ATENCIÓN DE LOS SECOR

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO



1. Reconocimiento de apoyos para la comunicación y la toma de decisiones:

El reconocimiento de apoyos hace referencia al primer contacto de la persona con el SECOR, en coherencia con el proceso de atención centrado en las personas es importante identificar, como toman decisiones las personas usuarias y de qué manera se comunica. Este paso se configura como el primer elemento del cambio de paradigma en la atención. En este proceso se debe establecer, si la persona tiene una persona de apoyo que le permita comunicar sus decisiones. El proceso Empieza con saludo y una pregunta provocadora que puede ser:

“Hola, ¿Cómo estas, conoces la razón por la que estas aquí?”

En el caso en que las personas tomen decisiones y se comuniquen de manera autónoma, el proceso puede durar solo unos instantes, seguramente ante la

pregunta se obtendrá una información amplia de manera verbal que será suficiente para continuar con el segundo paso.

En caso de que exista dificultades para la comunicación, el evaluador debe detenerse y establecer un mecanismo para identificar qué tipo de apoyo para la comunicación requiere y si cuenta con él, así mismo determinar si es posible en la misma sesión realizar el segundo paso o requiere primero garantizar un mecanismo de comunicación para continuar con el proceso de atención

En caso de que exista dificultades para la toma de decisiones el evaluador debe detenerse y establecer un mecanismo para identificar qué tipo de apoyo para la toma de decisiones requiere y si cuenta con él. En este caso se debe identificar la forma en que la persona toma decisiones en diferentes aspectos de la vida, verificar si otros toman decisiones por la persona, si recibe apoyo para la toma de decisiones o si la persona toma decisiones en todos o solo en algunos aspectos de la vida: AVD, manejo del dinero, salud, educación, trabajo, etc.

En estos casos es necesario garantizar al máximo que las personas participen en la toma de decisiones, por tanto, se debe determinar si es posible en la misma sesión realizar el segundo paso o requiere primero garantizar un mecanismo de toma de decisiones para continuar con el proceso de atención.

2. Recopilación de datos: la segunda fase es la recopilación de datos, donde deben incluir factores personales como son: edad, genero, información relacionada con sus identidades, roles, hábitos, expectativas, en fin, los elementos fundamentales de la historia de vida. Así, mismo debe recopilarse información de la familia en términos de las relaciones de apoyo y la distribución de cargas económicas y de cuidado de la familia una estrategia recomendada puede ser el familiograma. En términos de los aspectos comunitarios, debe obtenerse información, sobre las redes comunitarias que maneja los procesos de asociatividad, actitudes y barreras que se encuentren en su entorno

3. Meta orientadora: la tercera fase se orienta a definir el logro que se quiere alcanzar al finalizar el proceso desde una perspectiva de autodeterminación de la persona. Parte de la identificación de intereses y expectativas mediante Entrevista directa identificación potencialidades y necesidades para el funcionamiento, teniendo en cuenta el rol que le corresponde a la persona por su edad.

Este proceso debe contemplar tanto los aspectos del componente de mejoramiento del desempeño como el de desarrollo de capacidades” en tal sentido es importante determinar expectativas de participación en términos de organización de redes y de la estrategia de empoderamiento. Así, para la formulación de la meta orientadora debe aplicar la siguiente formula:

*Definir la actividad a mejorar+ Definir el entorno que quiero afectar +
Definir el proceso de participación social en el que quiero incidir*

La meta orientadora establece la línea de intervención para cada componente de la Estrategia, al definir el tipo de actividades a abordar, los entornos de atención y los aspectos para el desarrollo de capacidades para la participación y el empoderamiento.

4. Evaluación funcional: La evaluación busca identificar el desempeño durante la ejecución de las actividades, es decir, el grado de dificultad que experimenta la persona cuando lleva a cabo acciones o tareas.

Los aspectos de referencia para interpretar la dificultad incluyen la incomodidad, el esfuerzo, el malestar o dolor, la lentitud y la necesidad de cambiar el modo en que se realiza la actividad, para esta evaluación se recomienda el uso del instrumento WHODAS 2.0 de la OMS 2010.

una valoración funcional de la persona, debe determinar fortalezas, debilidades, capacidades e identificación de apoyos para la realización de las actividades.

La evaluación funcional debe permitir establecer los objetivos y duración de las intervenciones clínicas terapéuticas, y también perfilar el alcance de las acciones necesarias a nivel familiar y comunitario.

5. Evaluación de barreras y facilitadores: esta fase aborda el entorno próximo de la persona identificando el efecto de facilitador o barrera que tienen los factores del contexto en el desempeño y en la participación del usuario. Para identificarlos se puede recurrir a mecanismos como los de visita domiciliaria realizada por el equipo extramural del Plan de Intervenciones Colectivas o como parte de las atenciones de los planes de beneficios. Para ellos se recomienda que los servicios cuenten con un instrumento para verificación de barreras y facilitadores, que incluya la evaluación de:

- ✓ Productos y tecnología
- ✓ Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana
- ✓ Apoyo y relaciones
- ✓ Actitudes
- ✓ Servicios, sistemas y políticas

Así mismo es necesario identificar rutas o mecanismos sociales para potenciar el proceso de participación social, organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, servicios o programas gubernamentales, comunicación, transporte, redes, leyes y regulaciones...

6. Concertación del objetivo retador: Esta fase busca establecer un compromiso para el diseño y desarrollo del plan de intervención, que tenga un carácter participativo, posible, medible y que sea acordado entre la persona atendida y el profesional que brinda la atención terapéutica. Debe entenderse como un paso adelante en la búsqueda de materializar la meta orientadora. Debe ser visto como un proceso que reta tanto a la persona como al profesional a buscar alternativas novedosas para mejorar la vida de la persona y que desborda la sola atención clínica terapéutica

7. Definición del plan de intervención: Esta fase del proceso busca establecer la una hoja de ruta para desarrollar la intervención en el componente de mejoramiento del desempeño y de desarrollo de capacidades. En ese orden muestra, los objetivos a alcanzar y proyecta los procedimientos a desarrollar en un número de sesiones concretas. Así mismo, brinda orientaciones para gestión de barreras o facilitadores y para la articulación y gestión de estrategias como RBC

También incorpora las necesidades de articulación intersectorial para la gestión de cada caso y los propósitos a corto y mediano plazo con la familia y la comunidad. Establece las prioridades del abordaje y los contenidos del mismo. Para esto se sugiere que cada servicio construya un instrumento de planeación centrado en la persona

8. Implementación del plan: la implementación del plan hace referencia al cumplimiento de las acciones proyectadas y debe dar cuenta de los dos componentes. Teniendo en cuenta que, las acciones colectivas se brindan en un ámbito extramural o fuera de consultorio es importante que se logre plantear un mecanismo de articulación PIC y POS por cada caso atendido de tal manera que se garantice el cumplimiento de todos los objetivos de la intervención.

Como parte de la implementación del plan se debe incluir, para los casos que ameriten, la contrareferencia para la atención especializada de la condición de salud y la canalización hacia otros sectores. Dicha canalización, se debe hacer de manera articulada con la institucionalidad de cada territorialidad con el fin de crear rutas de articulación y respuesta efectiva para la persona y su familia.

9. Organización colectiva: esta fase busca desarrollar un proceso de empoderamiento vinculando a redes sociales y comunitarias a la persona que a futuro logren organizar la acción colectiva, en forma continua. Para ello se debe tener en cuenta las expectativas de participación individual y comunitaria y las posibilidades reales del territorio para la interacción entre líderes, organizaciones y estructuras de participación y gestión.

10. Seguimiento y evaluación

Esta fase es una fase transversal a todo el proceso, que busca establecer un diálogo permanente entre lo que la persona desea y lo que se alcanza a partir de los recursos disponibles en el ámbito institucional, familiar y comunitario. La fase de seguimiento se debe entender como un mecanismo de seguimiento y verificación del enlace entre las acciones individuales y colectivas. Así mismo como un mecanismo de retroalimentación del proceso que permite re direccionar estrategias y hacer efectiva la intervención

12. TALENTO HUMANO PARA LOS SECOR

La atención se desarrolla por un equipo acorde con las necesidades particulares de cada persona con discapacidad. Debe estar conformado por profesionales del área de la salud y del área social, de acuerdo a la condición de salud de cada persona con discapacidad valorada. Se propone que cada Entidad prestadora de servicios de salud cuente con un profesional de área médica y como mínimo un profesional de las siguientes disciplinas.

- ✓ Enfermera profesional
- ✓ Terapeuta física
- ✓ Terapeuta ocupacional
- ✓ Terapeuta auditiva
- ✓ Psicólogo
- ✓ Trabajador social

Adicionalmente se espera contar con un profesional o técnico que pueda liderar la gestión de casos para el abordaje de las problemáticas mediante la articulación intersectorial.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayuso J.L et al., 2006. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. Revista de Medicina Clínica 2006; 126:461-6.
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. Medicina Clínica, 119(5), 175-179. doi:10.1016/S0025-7753(02)73355-1 Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775302733551>
- Brandt, E. N. y Pope, A. M., 1997. Enabling America: assessing the role of rehabilitation science and engineering. Washington: National Academy Press.
- Congreso de la República, 2015. Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de la República de Colombia. (junio 10 de 2011). Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. [Ley 1448 de 2011]. DO: 48.096
- Gómez, 2007. Conceptualización de discapacidad. Reflexiones para Colombia. Tomado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2532/1/9789587018523.2007.pdf>
- Hormiga, A., & Oliva, M. (2014). Revisión documental del concepto "enfoque psicosocial" en atención a víctimas del conflicto armado colombiano particularidades y reflexiones para una Acción sin Daño (Doctoral dissertation, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2014).
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS); Universidad Nacional de Colombia, 2014. Versión preliminar de los lineamientos de rehabilitación funcional con enfoque biopsicosocial. Convenio interadministrativo 736 de 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2015. Resolución 518. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas – PIC.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2015. Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación Basada en Comunidad en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Tomado de: http://www.quindio.gov.co/home/docs/items/item_196/Orientaciones_RBC_PIC_publicado.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2015. Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Tomado de:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-redes-sociales-comunitarias-pic.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2016. Política de Atención Integral en Salud. Un sistema de salud al servicio de la gente. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Versión abreviada OMS. Tomado de: http://aspacenet.aspace.org/images/doc/cif_2001-abreviada.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2008. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Tomado de: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf?ua=1
- Secretaría de Salud de Bogotá, 2009. Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Tomado de : <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Atencion%20Primaria%20Interfal%20de%20Salud.pdf>
- Uprimny Yepes, M. A. (2017). Cuidados y servicios sociosanitarios para las personas en situación de dependencia, como parte integral del sistema de salud. Páginas De Seguridad Social, 1(1), 141. doi:10.18601/25390406.n1.06
- World Health Organization (WHO), 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion. Paper 2. Tomado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf