

2017

**LINEAMIENTOS DE REHABILITACIÓN  
BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC)  
PARA LA ESTRATEGIA COMUNIDADES  
CON AUTOCUIDADO PROMOTORAS DE  
SALUD (CAPS)**

**LINEAMIENTOS DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC)  
PARA LA ESTRATEGIA COMUNIDADES CON AUTOCUIDADO PROMOTORAS DE SALUD  
(CAPS)**

**JOSÉ OCTAVIO CARDONA LEÓN  
ALCALDE**

**HECTOR WILLIAM RESTREPO OSORIO  
SECRETARIO DE DESPACHO**

**LEIDY LISBETH MORENO MEZA  
JEFE UNIDAD DE SALUD PÚBLICA**

**ALEJANDRO PRIETO MONTOYA  
COORDINADOR ESTRATEGIA CAPS**

**SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
MANIZALES  
2017**

**Lineamientos de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) para la Estrategia  
Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS)**

**ELABORADO POR**

**Alejandro Prieto Montoya  
Coordinador Estrategia CAPS**

**Leidy Lisbeth Moreno Meza  
Jefe Unidad Salud Pública**

**Documento revisado por el Equipo del Programa de Discapacidad**

**Claudia Piedad Estrada Rueda  
Gloria Patricia Tobar Cano**

**Secretaría de Salud Pública de Manizales  
Junio 2017**

## TABLA DE CONTENIDO

1

INTRODUCCIÓN	2
1. GLOSARIO.....	3
2. MARCO CONCEPTUAL.....	6
3. REFERENTE TÉCNICO.....	9
4. MODELO CAPS MUNICIPAL.....	12
5. OBJETIVOS DE RBC EN LA ESTRATEGIA CAPS.....	14
a. Objetivo general.....	14
b. Objetivos específicos.....	14
6. MARCO ESTRATÉGICO.....	15
a. Proceso de implementación.....	16
b. Tecnologías.....	23
c. Indicadores.....	25
d. Actividades generales por componentes.....	27
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

2

La Declaración de Alma-Ata (1978), el cual fue el evento de política de salud más importante de esa década, le dio vida a la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), siendo concebida como clave para lograr la salud para todos y como una estrategia que debe atender los principales problemas de salud de la comunidad, disponiendo de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación (1).

A su vez el Informe de Salud Mundial del 2008 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza el rol esencial de la Estrategia de APS para alcanzar la salud para todas las personas. Esta estrategia concibe la atención de la salud como universalmente accesible para los individuos y familias, a un costo que puedan soportar, siendo entendido como el primer nivel de contacto de los individuos, familias y comunidades con el sistema de salud, lo cual favorece una atención cerca de donde residen y trabajan las personas (2).

Por otro lado, la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) fue iniciada por la OMS siguiendo la misma Declaración de Alma-Ata, siendo promovida como una estrategia para 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 y la cual en los últimos 30 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 buscando mejorar su calidad de vida (3).

Ahora bien, la Resolución 518 de 2015 incluyó la RBC como una de las intervenciones a ejecutar a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), definiéndola como una estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad, problemas o trastornos mentales y/o afectaciones psicosociales, sus familias y cuidadores (4).

Desde que la OMS declaró en Alma-Ata los principios de la Atención Primaria, se comenzó a estructurar la estrategia de Rehabilitación Primaria y de Atención Primaria de Rehabilitación, que es lo que después se formuló como RBC (5), siendo indispensable la articulación de ambas estrategias para el modelo de Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS) del Municipio de Manizales.

## GLOSARIO

3

**AUTOGESTIÓN.** Proceso mediante el cual se desarrolla la capacidad individual o de un grupo para identificar los intereses o las necesidades básicas, que exalta la utilización de los mejores valores del individuo y de los grupos, situándolos en mejor posición para enfrentar y resolver sus problemas comunes, donde la auto-organización social y comunitaria toma en sus propias manos la tarea de resolver sus necesidades (6).

**BASADO EN LA COMUNIDAD.** Implica involucrar de manera coordinada los diferentes actores sociales en la búsqueda de alternativas orientadas a la inclusión social de las personas, a través de la participación activa de la persona, su familia y los demás miembros de la comunidad en procesos sociales y tomando en cuenta los recursos (humano, físico, económico, entre otros) existentes en el entorno comunitario. El concepto de Basado en Comunidad está ligado a la justicia social, a la incidencia política, al fomento de liderazgos y a la naturaleza social que tiene todo ser humano; por ende, no es excluyente de la intervención institucional, generando apropiación, empoderamiento, confianza, legitimidad y capital social (6).

**COMUNIDAD.** Colectivo organizado que comparte aspectos en común, comunicación, organización, identidad, arraigo, sentido de pertenencia, entre otros. Partiendo de la estructura de la palabra común – unidad, se considera como un grupo de personas con necesidades, intereses, prácticas y percepciones comunes, que cuentan con un conocimiento propio y comparten valores, creencias, significados y normas de convivencia y que puede ser permeado por factores externos; en ella se evidencia la dinámica individuo - comunidad – sociedad (6).

**DISCAPACIDAD.** Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), es un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por deficiencia las alteraciones permanentes en las estructuras y funciones corporales, limitación o dificultades para realizar las actividades de la vida diaria y la restricción o problemas para interactuar en el entorno social. De acuerdo a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, estas incluyen a aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales, sensoriales o múltiples a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (7).

4

DISCAPACIDAD FÍSICA. Personas que presentan en forma permanente debilidad muscular, pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo, alteraciones articulares o presencia de movimientos involuntarios. Se refiere a aquellas personas que podrían presentar en el desarrollo de sus actividades cotidianas diferentes grados de dificultad para caminar, desplazarse, cambiar o mantener posiciones del cuerpo, llevar, manipular o transportar objetos y realizar actividades de cuidado personal, o del hogar, entre otras (7).

DISCAPACIDAD INTELECTUAL O COGNITIVA. Personas que en forma permanente presentan alteraciones en las funciones de conciencia, orientación, energía, impulso, atención, memoria y cálculo. Se refiere a aquella población que podría presentar en el desarrollo de sus actividades cotidianas, diferentes grados de dificultad en la adquisición y aplicación de los elementos del aprendizaje para la ejecución de actividades de cuidado personal, del hogar, comunitarias, y sociales entre otras; así como dificultades para interactuar con otras personas de una manera apropiada dentro de su entorno social (7).

DISCAPACIDAD MENTAL O PSICOSOCIAL. Resulta de la interacción entre las personas con deficiencias (alteraciones en el pensamiento, percepciones, emociones, sentimientos, comportamientos y relaciones, considerados como signos y síntomas atendiendo a su duración, coexistencia, intensidad y afectación funcional) y las barreras del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Estas barreras surgen de los límites que las diferentes culturas y sociedades imponen a la conducta y comportamiento humanos, así como por el estigma social y las actitudes discriminatorias (7).

DISCAPACIDAD MÚLTIPLE. Presencia de dos o más deficiencias asociadas, de orden físico, sensorial, mental, intelectual, emocional o de comportamiento social, las cuales afectan significativamente el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, la comunicación, la interacción social y el aprendizaje, por lo que requieren para su atención de apoyos generalizados y permanentes (7).

DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA. Personas que presentan en forma permanente alteraciones en las funciones auditivas como localización, tono, volumen y calidad de los sonidos. Se refiere a aquella población que podría presentar en el desarrollo de sus actividades cotidianas, diferentes grados de dificultad en la recepción y producción de mensajes verbales. En esta condición se pueden encontrar personas sordas sin posibilidad de recibir algún sonido aun cuando estos se amplifiquen; personas con dificultades graves o importantes para oír sonidos de sirenas, alarmas, dispositivos de advertencia; o personas que debido a una pérdida o reducción de la capacidad auditiva se les dificulta entender una conversación en tono normal (7).

DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL. Personas que presentan en forma permanente alteraciones en los ojos que le impiden percibir la luz, forma, tamaño, o color. Se refiere a aquellas personas que podrían presentar en el desarrollo de sus actividades cotidianas, diferentes grados de dificultad en la ejecución de actividades de cuidado personal, del hogar o del trabajo, entre otras. Se pueden encontrar personas ciegas o con baja visión que aun a pesar de usar su mejor corrección en gafas o lentes de contacto, o haberle practicado una cirugía, tienen dificultades para distinguir formas, colores, rostros, objetos en la calle, ver en la noche, ver de lejos o de cerca, independiente que sea por uno o ambos ojos (7).

REHABILITACIÓN. Entendida como un proceso que potencia el funcionamiento de las personas de manera integral, de acuerdo a su ciclo vital. La orientación de la rehabilitación es el logro de la autodeterminación y autonomía del sujeto para participar con igualdad de oportunidades que las demás personas. Este proceso implica llevar a cabo intervenciones orientadas al mejoramiento de las competencias individuales - en una perspectiva de desarrollo de las potencialidades-, en el entorno social relacionado con el sujeto, partiendo de la familia para generar cohesión social y con el propósito de lograr que las personas con discapacidad logren el mayor nivel de independencia posible para su participación e inclusión social (6).



## MARCO CONCEPTUAL

6

La RBC en la Estrategia de Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud del Municipio de Manizales, asume un abordaje en cada una de las intervenciones familiares y comunitarias, desde una mirada conceptual diversa, en donde confluyen varios enfoques teóricos que resaltan las bases filosóficas y el marco de acción sobre el cual se estructura el modelo CAPS. Estas bases se reconocen como enfoques, los cuales están centrados en el reconocimiento de derechos, la diversidad, los aspectos poblacionales, de determinantes sociales de la salud, lo psicosocial y la importancia de la autogestión comunitaria. Es de resaltar que estos enfoques son transversales a cada una de los componentes y líneas operativas del modelo CAPS.

Para una mayor comprensión, se presentará la definición general de cada uno de los enfoques.

**ENFOQUE DE DERECHOS.** En el escenario de los derechos humanos, el derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal (para todos los seres humanos), que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de los contextos sociales e históricos. El derecho a la salud alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente, y a los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana (8).

Enfoque que va en consonancia con la RBC, la cual fomenta el derecho de las personas con discapacidad a vivir en la comunidad como ciudadanos en condiciones de igualdad, a disfrutar de salud y bienestar, y a participar plenamente en actividades educativas, sociales, culturales, religiosas, económicas y políticas (1). A su vez que posibilita el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La premisa fundamental de esta estrategia multisectorial, es la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad a través del abordaje comunitario; esta se desarrolla a través de la participación efectiva de las personas con discapacidad y sus familias en su comunidad (6).

**ENFOQUE DIFERENCIAL.** Supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Es decir, “el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de

inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política, y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” (Baquero, 2009).

El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en particulares dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia. Así mismo, tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes, como es el caso de la discapacidad y de situaciones sociales como el desplazamiento (5).

En relación con la discapacidad, este enfoque orienta la construcción e implementación de políticas públicas, la atención, el cuidado y la asistencia a las personas con discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos, de los enfoques de desarrollo humano y social, de sexo e identidad de género, ciclo vital, pertenencia étnica, situaciones de vulnerabilidad generadas por agentes externos como el conflicto armado, las emergencias y desastres, la situación socio – económica y desde la particularidad de la interacción entre las deficiencias de la persona, las limitaciones en la actividad y las restricciones en participación, con el fin de generar procesos que respondan a las características específicas del grupo poblacional para promover su participación e inclusión social en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana (6).

ENFOQUE POBLACIONAL. Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio (5).

MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. En la octava sesión plenaria de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud de 2009, se insta a los Estados miembros a luchar contra las inequidades sanitarias en el interior de los países y a que apliquen estrategias para mejorar la salud pública, centrándose en afectar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud, entendidos como aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población (Whitehead, 2006). Los Determinantes Sociales de la Salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórico y socialmente (5).

ENFOQUE PSICOSOCIAL. Representa un marco ético y metodológico para la atención de las personas, grupos y comunidades, cuyos derechos han sido vulnerados en el marco de situaciones que están fuera de su control, tales como emergencias, desastres, guerras y conflictos armados.

8

El enfoque psicosocial reconoce las capacidades de afrontamiento de las personas y sus comunidades para superar las situaciones adversas que atraviesan, promueve la consolidación de comunidades, incremento de sus capacidades y su estabilización socioeconómica y emocional, a partir de procesos articulados de desarrollo social (6).

AUTOGESTIÓN COMUNITARIA. Es un proceso mediante el cual se desarrolla la capacidad individual o de un grupo para identificar los intereses o las necesidades básicas, que exalta la utilización de los mejores valores del individuo y de los grupos, situándolos en mejor posición para enfrentar y resolver sus problemas comunes, donde la auto-organización social y comunitaria toma en sus propias manos la tarea de resolver sus necesidades (6).

## REFERENTE TÉCNICO

9

La población con discapacidad es una población priorizada en el Modelo CAPS de Manizales, entre otras cosas porque se ha estimado que por lo menos un 10% de la población del mundo vive con una discapacidad, que son un grupo poblacional que está entre los más vulnerables y menos fortalecidos del mundo, que con una alta frecuencia experimentan el estigma y la discriminación y tienen un acceso limitado a la atención de la salud, la educación y las oportunidades de subsistencia (3).

Así mismo, la evidencia muestra que las personas con discapacidad a menudo experimentan niveles más deficientes de salud que la población en general, se enfrentan a diversos retos en el disfrute de su derecho a la salud y tienden a representar un alto porcentaje de la población pobre del mundo (2).

En los países de bajos ingresos, las personas con discapacidad son afectadas por los mismos factores que causan pobreza en otras personas, pero con desventajas adicionales. Los niños y niñas con discapacidad se enfrentan a barreras en la educación, los jóvenes con discapacidad se enfrentan a barreras en la capacitación y los adultos con discapacidad se enfrentan a barreras para alcanzar un trabajo decente. Lo más dañino para todos, es que las familias y comunidades pueden pensar que las personas con discapacidad no pueden adquirir destrezas y trabajar (9).

Por todo lo anterior, dentro del sector de la salud, la APS desempeña un papel crucial con esta población desde el marco de la RBC, dado que ambas estrategias comparten una misma filosofía, marco de acción y principios, desempeñando la APS un papel significativo, promoviendo y apoyando la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la intervención y rehabilitación (2).

Vale la pena resaltar el papel relevante que juega la prevención de la enfermedad entre este grupo poblacional, debido a que a veces es un factor olvidado por muchos, ya que se tiende a concebir que con esta población no se debe priorizar este tipo de intervenciones, puesto que se niega la visión integral como sujeto al percibir y reducir a una persona sólo a su condición de discapacidad, obstaculizando así la posibilidad de impactar en otras áreas de intervención en salud.

La APS puede desempeñar un papel muy importante en éste contexto, como apoyo y promotor de servicios desde una concepción individual, familiar, grupal y comunitaria.

A su vez la APS puede servir de puente para muchas personas con discapacidad que deben ser referidas a servicios de rehabilitación especializados fuera de su comunidad, siendo facilitador de la relación entre estas personas y los servicios especializados (1).

Por su lado la RBC se enmarca en una propuesta de posición conjunta de la OIT, UNESCO y la OMS, como una estrategia dentro del desarrollo comunal general para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades, la reducción de la pobreza y la inclusión social de las personas con discapacidad (3).

Esta estrategia se desarrolla desde diferentes líneas de acción, promoviendo el trabajo en red y la participación de la comunidad, las familias, los cuidadores y las organizaciones de las personas con discapacidad, movilizando alianzas colaborativas entre diferentes sectores: protección, educación, salud, trabajo, justicia, cultura, deportes, entre otros, para así abordar las dificultades de acceso asociadas a la participación de las personas con discapacidad (7).

La RBC procura fortalecer el desarrollo socioeconómico y la inclusión social, hacer gestión para satisfacer las necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos y sociales del país (6).

Es por ello que la RBC promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados, para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad (1).

De hecho se ha reconocido que las actividades propias de la RBC, tienen resultados sociales positivos, para influir sobre las actitudes de la comunidad y para aumentar la inclusión social y el ajuste de las personas con discapacidad (3). De igual forma, esta estrategia puede resultar una iniciativa que defienda los derechos humanos, un medio para la movilización política, un instrumento para defender el derecho a la participación social y una herramienta democrática para el cambio social (10).

Ahora bien, como aspecto esencial, es importante resaltar que la concepción de la rehabilitación dentro de la Salud Pública y el Modelo CAPS Manizales, no es visualizada como la última fase de la atención en salud, encargada del manejo de deficiencias y discapacidades ya instaladas; sino que su filosofía y concepción básica, aparte de la rehabilitación y gestión del riesgo, también está sustentada en la prevención, desde donde es vista como la acción de salud que, conjugada al resto de las acciones, orientadas a la

prevención y control de los diferentes daños, evita la discapacidad que altera la calidad de vida de los individuos sujetos a riesgo, acorde con su desempeño individual y colectivo y se sustenta así mismo en una visión que procura por la promoción de la salud, en donde el eje central es el autocuidado y el apoyo de la familia y la comunidad, para lograr el mayor nivel de salud posible (2, 5).



## MODELO CAPS MUNICIPAL

12

El Municipio de Manizales en consonancia con lo anterior y la Política Nacional de Atención Integral en Salud (PAIS), la Ley 1438 de 2011 y los lineamientos de la OMS en relación con la Estrategia de Atención Primaria en Salud, viene desarrollando la Estrategia de Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS), mediante la aplicación de un modelo de enfoque poblacional y de gestión del riesgo colectivo, el cual plantea la caracterización individual, familiar y comunitaria, desde 11 grupos priorizados de acuerdo a las situaciones de salud existentes en el territorio; las cuales fueron identificadas mediante el Análisis de Situación de Salud Municipal, la caracterización de ficha familiar Manizales (versión 2013), las prioridades programáticas locales y las Dimensiones, Objetivos y Estrategias enunciados en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; teniendo como propósito fundamental impactar sobre los intolerables definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (11).

Los 11 grupos priorizados corresponden a tres grupos poblacionales: Gestantes, Niños/Niñas menores de 6 años y Personas con Discapacidad y a ocho eventos: Cáncer (mama, próstata, estómago, cuello uterino-cérvix, leucemia y linfomas en niños, niñas y adolescentes, pulmón y colón-recto), Enfermedad Cardiovascular, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Diabetes, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Trastornos Mentales (Depresión, Ansiedad, Esquizofrenia, y Trastorno Afectivo Bipolar), Tuberculosis y Violencia Intrafamiliar.

Basado en lo anterior, se elaboró e implementó una ficha familiar, que ayuda a identificar factores de riesgo y la presencia de estos 11 grupos priorizados, las situaciones críticas al respecto, condiciones generales relacionadas con acceso, oportunidad y adherencia al tratamiento y variables socio-ambientales. Dicha ficha está estructurada en 9 componentes que responden a: Identificación de la vivienda, condiciones del hábitat familiar y social, datos básicos, antecedentes médicos, prácticas de salud y salud sexual, maternidad, condiciones de salud, salud mental y estilos de vida, complementada con aspectos de conducta, observaciones, estado del registro y novedades (11).

Lo anterior permite tener identificado 4 grupos poblacionales: Sanos, con riesgo a evento, con evento y con evento crítico, los cuales serán intervenidos atendiendo a las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública: gestión de la salud pública, promoción de la salud y gestión del riesgo.

Si bien es cierto, las acciones a realizarse dentro de la estrategia RBC-CAPS pueden estar relacionadas con las 3 líneas operativas mencionadas, el foco de intervención está centrado en la gestión del riesgo, por tratarse de una población con una condición priorizada ya definida como lo es la discapacidad.

13

Desde otra perspectiva, es importante enfatizar que desde las estrategias de intervención propuestas por la OMS, el enfoque de las acciones a realizarse en RBC entra principalmente en el marco de la prevención indicada, la cual está dirigida en este caso al grupo poblacional con discapacidad que presenta ciertas características como la exclusión, limitaciones en la actividad o deficiencias que pudieran agudizarse, sino se realiza un proceso que minimice o elimine los factores de riesgo presentes.

Por lo anterior, se definió como marco de acción general con esta población identificada dentro de la estrategia CAPS, la intervención desde la Rehabilitación Basada en la Comunidad, previo análisis del cumplimiento de requisitos de los usuarios, para hacer parte de esta estrategia, lo cual se definirá a través de una lista de chequeo (anexo).



## OBJETIVOS

### ➤ GENERAL

- Fortalecer en las personas con discapacidad, sus familias y la comunidad beneficiaria de la Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS), el desarrollo de capacidades que favorezcan la inclusión social, el acceso a programas y servicios y el máximo de salud posible.

14

### ➤ ESPECÍFICOS

- Favorecer procesos de empoderamiento de las personas con discapacidad y sus familias en torno al autocuidado en el tema de la salud.
- Apoyar a las personas con discapacidad y sus familias en la gestión y garantía en el acceso a derechos.
- Impulsar procesos de inclusión social mediante el fomento de oportunidades, el desarrollo de capacidades de subsistencia y la promoción de la participación.

## MARCO ESTRATÉGICO

15

La estrategia de RBC desde el Modelo CAPS Manizales, se desarrollara teniendo en cuenta la matriz de intervenciones propuesta por la OMS en sus Guías para la RBC, la cual está estructurada en los componentes Social, Salud, Educación, Subsistencia y Fortalecimiento, cada uno de los cuales está basado en elementos diversos para su implementación.

Según las guías mencionadas, los diferentes componentes de la Matriz de RBC apuntan al desarrollo en:

**Salud.** Adelantar acciones relacionales con la Atención Primaria en Salud que se desarrolla en cada entidad territorial, ya que esta brinda la posibilidad de articulación y sostenibilidad dentro de las acciones del sector salud y los demás sectores, en el trabajo multisectorial e intersectorial que se proponen en ambas estrategias. Este componente incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el fortalecimiento de conocimientos sobre la enfermedad, atención médica, rehabilitación y los dispositivos de asistencia (6).

**Educación.** Aunar esfuerzos para evitar la exclusión y la discriminación, promoviendo la inclusión educativa, trabajando en colaboración con la escuela local, la comunidad y la familia. La RBC propone asegurar la educación inclusiva y accesible con diseño universal para los grupos discriminados y vulnerados, propiciando el acceso al aprendizaje, donde desarrollen sus potencialidades, con una participación efectiva en la sociedad, que satisfaga la diversidad de sus necesidades y se respeten sus derechos, eliminando las barreras que obstaculizan el derecho a una vida plena, con calidad y accesibilidad (6).

**Fortalecimiento (Movilización Social).** Consolidar transformaciones sociales a través de la expresión, el intercambio y el diálogo social, el cual puede llevarse a cabo en el mundo físico o en el virtual. Esta movilización persigue objetivos plurales, busca la reivindicación social de las instituciones y de los sujetos, es un componente de participación efectiva que le permite a los diversos sectores sociales, reconocer y diagnosticar las necesidades, promoviendo acciones de articulación intersectoriales en los asuntos de interés público en busca del mejoramiento de condiciones de vida e inclusión social (6).

**Subsistencia.** Favorecer procesos que amplíen las oportunidades laborales. El trabajo es una medida por la cual una persona puede salir de la pobreza, satisfacer necesidades y generar mayores oportunidades de realización de las personas con discapacidad (6).

*Social.* Dinamizar todo el ciclo de la política pública a través de la movilización, concertación y participación activa de los actores involucrados. Desde una mirada amplia, se observa que la RBC y la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social –PPDIS- comparten los mismos principios (6).

Para el caso de Manizales se hará énfasis en los elementos acordes al Modelo CAPS, el cual está estructurado en 11 grupos priorizados, desde un marco general de Gestión de la Salud Pública, Promoción de la Salud y Gestión del Riesgo, según los componentes de Intersectorialidad, Participación Social y Comunitaria y Servicios de Salud.

La estrategia de RBC se llevará a cabo desde dos vertientes, una general en la cual las personas con discapacidad que requieran de algún abordaje por la estrategia CAPS serán atendidos más desde lo individual y familiar teniendo en cuenta los componentes de RBC y otra específica, que involucra lo anterior pero centrado a su vez en el trabajo grupal y en fortalecer a las PcD como grupo, buscando afianzar el componente de subsistencia. Esta segunda vertiente, es la que se profundizara en este documento de lineamientos.

#### **A. Proceso de implementación.**

A continuación se describe de forma general, el proceso a implementar de la RBC en CAPS, atendiendo a que una de las características fundamentales de la RBC es su flexibilidad, la cual permite su desarrollo en cualquier contexto sociocultural, adaptando los aspectos principales a las condiciones específicas de la comunidad y de la población a intervenir (10).

Los elementos a desarrollar en el marco de RBC en CAPS son:

##### **1. Caracterización socio-familiar**

La primera actividad a llevar a cabo implica la caracterización familiar de la PcD. La Estrategia CAPS basa su modelo en una caracterización inicial realizada a través de una ficha familiar, a la población que vive en las zonas priorizadas del municipio (zona urbana: Comunas Ciudadela del Norte, San José, La Fuente, Macarena y Universitaria. Zona rural: Corregimientos Remanso, Manantial y Colombia), las cuales fueron definidas como tal basados en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), perfil epidemiológico, diagnóstico de ficha familiar APS (2013) y evaluación de expertos de la Secretaría de Salud Municipal.

Para el caso específico de la población priorizada con discapacidad, se tiene concebida la captura de datos puntuales a través de la ficha familiar, relacionada con ítems como: tipo de discapacidad (cognitiva, motora, sensorial), grado de dependencia medida a través del Barthel; así mismo la identificación de factores de riesgo para la misma, con variables como enfermedad crónica, riesgo social de violencia, complicaciones en el embarazo y parto, riesgo de accidentalidad casero, persona mayor, consumo de sustancia psicoactivas (SPA), desnutrición y ser víctima; al igual que la captura de datos que puedan conllevar una complicación cuando ya se tiene una discapacidad como, el grado de dependencia, consumo de SPA y violencia doméstica.

## 2. Zonas de Intervención priorizadas

Basados en la información anterior, se procede a definir las zonas de intervención inicial de RBC, según porcentaje de población con discapacidad presente en las diferentes zonas priorizadas por CAPS, definiendo para el año 2017 tres zonas de intervención, 2 en la zona urbana y 1 en la zona rural, con la conformación de 4 grupos específicos para RBC (3 grupos en la zona urbana). Se espera cada año ampliar la cobertura de las zonas de intervención y gradualmente fortalecer el empoderamiento de las personas con discapacidad, sus familias y la comunidad ya beneficiadas con RBC.

## 3. Identificación de la población con perfil para RBC

Posterior a la identificación de las zonas de intervención, las agentes en salud pública priorizaran la actualización de la ficha familiar (a las PcD que ya cuenten con ficha) en los barrios con mayor número de PcD, posterior a lo cual el líder de la condición priorizada de discapacidad (profesional en fisioterapia), llevará a cabo una valoración general inicial a cada una de las familias con PcD, a las cuales se les aplicará una lista de chequeo (anexa) a fin de definir el cumplimiento con los criterios para hacer parte de RBC en CAPS. Estos criterios son:

*\*Presentar una discapacidad.* Es importante clarificar este punto, debido a las amplias y diversas definiciones que existen sobre la discapacidad. Teniendo en cuenta lo expresado en el glosario, no debe confundirse esta condición por ejemplo, con un proceso de inmovilización temporal, limitación o restricción transitoria o con los cambios normales del envejecimiento. Para configurar una discapacidad hay que tener en cuenta conceptos como los expresados de Deficiencia, Limitación en la actividad y Restricción en la participación. Condición Sine Qua Non (CSQN).

\**Índice de Barthel*. Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Es un instrumento con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable (12).

Es un cuestionario hetero-administrado con 10 ítems tipo Likert, el rango de posibles valores está entre 0 y 100, a menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia (anexo). Se espera que las personas beneficiadas de RBC se encuentren entre el rango de dependencia leve a moderada. CSQN.

\**Metas logrables dentro de RBC-CAPS*. De acuerdo al compromiso funcional de las PcD, se debe establecer si es posible la consecución de los objetivos propuestos con esta estrategia, mencionados anteriormente. Estas implican entre otras cosas, potenciar las condiciones funcionales de las PcD, mejorar sus competencias sociales y familiares, incrementar su independencia en las AVD, favorecer procesos de inclusión y de fortalecimiento, etc. CSQN.

\**Capacidad de trabajo en equipo*. Se espera que cada PcD cuente con unos mínimos de competencias funcionales, personales y sociales para hacer parte de un proceso grupal de RBC. Esto es relevante debido a que se busca realizar un proceso en el cual la cohesión grupal y la participación juegan un papel esencial en el empoderamiento del grupo para las actividades de subsistencia y fortalecimiento. Por ejemplo personas con autismo, personalidad antisocial, limitación total en la movilidad, etc, dificultarían el proceso grupal que se espera consolidar. CSQN.

\**Interés de la PcD para hacer parte de RBC-CAPS*. Es fundamental que la PcD manifieste claramente su interés y disponibilidad de tiempo en hacer parte de la estrategia RBC-CAPS. En este paso se debe especificar puntualmente el alcance de la estrategia, los compromisos y responsabilidades de las partes involucradas, con el fin de no generar falsas expectativas. La frecuencia promedio de encuentros será quincenal, lo cual podrá variar según las condiciones de cada grupo y será por un tiempo cercano a los 8 meses. CSQN.

\**Interés de la familia de la PcD para acceder al proceso*. La familia juega un papel crucial en el proceso de rehabilitación basada en la comunidad y por ello su interés, motivación y disponibilidad de tiempo, se deben tomar como esenciales para hacer parte de la estrategia de RBC-APS. Igualmente se debe especificar puntualmente el alcance de la estrategia, los compromisos y responsabilidades de la familia y de la PcD, con el fin de no generar falsas expectativas.

*\*PcD no incluida en otros programas sociales.* Se debe priorizar las PcD que no se encuentren recibiendo ningún otro proceso de apoyo en rehabilitación e inclusión social, con el fin de generar equidad en las oportunidades de acceso a programas y servicios. Podrán ser tenidas en cuenta aquellas personas que estén haciendo procesos complementarios y a su vez que exista la disponibilidad de cupos en RBC. CSQN.

*\*PcD excluida de procesos sociales.* Las PcD que tienen una restricción en la participación a causa de su limitación en la actividad y que por ésta situación se encuentran excluidas de los diferentes procesos en su comunidad, son personas cruciales para hacer parte de RBC-CAPS.

*\*PcD con dificultades de adaptación al medio social o familiar.* Dentro del concepto de discapacidad es importante tener en cuenta que la misma está condicionada por factores ambientales (hogar, barrio, comunidad) y por factores personales (aceptación incondicional, motivación, aceptación de su situación vital) que influyen directamente en el rol que la persona adopte dentro de la sociedad. Esto afecta de una manera positiva o negativa su proceso de inclusión, siendo las que no tienen una adecuada aceptación de su condición, personas inicialmente prioritarias para la estrategia RBC-CAPS, a las cuales se les debe enfatizar dicha aceptación antes de iniciar el proceso con esta estrategia.

*\*PcD sin barreras para acceder a las intervenciones integrales de RBC-CAPS.* Esta estrategia contempla acciones integrales en pro del desarrollo de cada uno de los componentes de la matriz de RBC propuestos por la OMS, por lo cual es importante que la PcD no tenga barreras para acceder a las diferentes actividades propuestas desde lo grupal y comunitario, en cada uno de los escenarios en donde se desarrollaran estas actividades. CSQN.

Nota: Es importante resaltar que el Equipo Móvil de Salud (EMS) cumple una función esencial en favorecer un proceso motivacional con aquellas PcD y sus familias que cumplan con el perfil para RBC, para que estos se vinculen a la estrategia y permanezcan en ella de forma activa y propositiva. Es importante priorizar el ingreso de personas mayores con discapacidad a los grupos de RBC. El índice de Barthel y la lista de chequeo deberán ser subidas al Sistema de Información de la estrategia CAPS (SI-CAPS), en el módulo de intervenciones.

#### 4. Plan de rehabilitación individual

Según la primera visita domiciliaria realizada por el líder -fisioterapeuta- a la PcD y su familia, éste estructurará un plan de rehabilitación, que incluye plan casero y la definición de objetivos, lo cual debe ajustarse a la situación encontrada por ficha familiar, lo evidenciado



en la valoración inicial, las metas posibles de alcanzar por RBC y las competencias establecidas para las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB); reconociendo que el foco principal de intervención por la estrategia CAPS, está enmarcado en el manejo del riesgo desde lo colectivo y poblacional.

20

Los objetivos se dejarán explícitos en el sistema de información (SI-CAPS), módulo de intervenciones y será sobre los cuales se evaluará el proceso de RBC desde lo individual-familiar.

Es de anotar que es el fisioterapeuta el que definirá si es necesario que otro personal del EMS intervenga en el proceso familiar de atención domiciliaria, para lo cual debe hacer la remisión respectiva, registrando las causas de la misma en el campo observaciones del módulo de intervenciones, a la vez que hacer seguimiento a la remisión, debido a que es el responsable de la población intervenida.

Todo lo cual debe quedar registrado en el SI-CAPS, mínimo 24 horas posterior a la visita domiciliaria realizada. El seguimiento debe hacerse a través de esta misma plataforma y en las reuniones interdisciplinarias del EMS, haciendo énfasis en favorecer el acceso a los servicios de salud y a los dispositivos de asistencia.

## 5. Encuentros grupales de trabajo con PcD

Paralelo al trabajo individual-familiar, se tiene definido la conformación de grupos de PcD para el fortalecimiento de habilidades y destrezas, en cada una de las Comunas y corregimientos de la ciudad priorizadas para la intervención de RBC. En estas actividades grupales, el foco de las acciones estará centrado en el componente social, fortalecimiento y en el de subsistencia, a través de temas de inclusión, emprendimiento y apoyo en acciones que favorezcan el medio ambiente.

Para lo anterior es necesario que las dos primeras sesiones se centren en definir el alcance del trabajo grupal, el establecimiento de compromisos y se levante un diagnóstico general de competencias, necesidades, intereses y requerimientos de las PcD, construyendo un plan de acción con su respectivo cronograma de acciones, que oriente el desarrollo del trabajo y el cumplimiento con los compromisos. Este diagnóstico será complementado con la información levantada del trabajo individual realizado con cada PcD incluida en la estrategia. Se espera al final tener resultados de alto impacto a nivel emocional y de subsistencia.

Este trabajo será liderado por trabajo social pero en el intervendrá todo el EMS según el diagnóstico realizado y las necesidades del mismo; el cual variará según cada grupo

conformado. Estos grupos serán entendidos a su vez como grupos de autoayuda, los cuales están constituidos como grupos “informales” donde las personas se reúnen para realizar una gama de actividades y resolver problemas comunes; en el entendido que los programas de RBC necesitan enfocar sus actividades más allá del individuo al motivar a las PcD a y participar en grupos de mutua ayuda. La participación puede mejorar la presencia de las PcD dentro de sus comunidades, brindarles apoyo mutuo, motivarlas a compartir recursos, encontrar soluciones juntas y mejorar la confianza y la autoestima. Mediante los grupos de autoayuda, la RBC puede lograr algunas de sus metas y facilitar el proceso de fortalecimiento (13).

Para desarrollar un adecuado proceso, es preciso establecer alianzas de trabajo intersectorial, según las líneas de acción definidas en cada grupo, con el fin aprovechar los recursos, competencias y fortalezas institucionales que existen en la ciudad y favorecer a las PcD un desarrollo especializado que le incremente las habilidades y destrezas para su subsistencia y crecimiento personal. Todo el trabajo desarrollado por sesiones se deberá reflejar en el cronograma de acciones definido para cada grupo.

Es necesario a su vez gestionar espacios con accesibilidad - cercanía al mayor número de personas que habitan la zona de intervención y que permitan la realización de las actividades definidas según los lineamientos dados en el presente documento y las necesidades y diagnóstico realizado con el grupo de PcD.

## 6. Encuentros grupales de trabajo con familiares de PcD y la comunidad

Se lleva a cabo paralelo al trabajo domiciliario y grupal, contemplando el empoderamiento de las familias y las comunidades en el tema de la discapacidad, a fin de favorecer la inclusión social, la sensibilización frente al tema, el fortalecimiento de redes de las PcD, el autocuidado de las familias con PcD y la mejora en la capacidad de respuesta comunitaria y familiar en el tema de inclusión de PcD.

Este trabajo será liderado conjuntamente por fisioterapia y trabajo social, con el apoyo de todo el EMS que se requiera según el plan de acción definido, atendiendo igualmente a las necesidades e intereses de la familia y la comunidad.

El primer trabajo involucra la identificación y descripción general de todos los líderes de la comunidad a intervenir por RBC, tanto formales como informales, los cuales deberán tener una primera sensibilización y acercamiento al tema a través de contacto directo o preferiblemente mediante comunicación telefónica por profesional de trabajo social, espacio que se aprovechara igualmente para invitar al taller grupal de líderes.



Se espera que al final del proceso se establezca un grupo de personas, líderes comunitarios sensibilizados frente a la discapacidad, que puedan apoyar las acciones macro que sobre RBC se realice y que en las zonas en donde existan núcleos-redes comunitarias en salud de CAPS, están se integren al trabajo emprendido con RBC.

A nivel familiar las personas involucradas son los familiares y cuidadores de las PcD que se incluyeron dentro de la estrategia RBC, los cuales juegan un papel crucial dentro de todo el proceso que se desarrolla con las personas con discapacidad, favoreciendo el tema de convivencia familiar y el acompañamiento de los mismos en el trabajo emprendido con las PcD.

## 7. Acciones de Información en salud referente a discapacidad

Según la Resolución 518 de 2015, se entiende la información en salud como las acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores, sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud (14), en este caso para el tema específico de discapacidad.

En esta línea se diseñara una campaña referente a RBC que involucra:

\*La realización inicial de un sondeo sobre la percepción de la población que vive en la zona de intervención de RBC sobre la discapacidad (anexo). Este será realizado por la agente en salud pública, en el momento de actualización de ficha familiar y deberá tener una segunda toma al finalizar el cronograma de actividades, para evaluar posibles cambios presentados. Esta información levantada será base para la construcción de piezas de la campaña de RBC y definición de actividades y estrategias a implementar.

\*Encuentros comunitarios lúdico-recreativo-cultural en torno a sensibilización de la importancia de la inclusión de las PcD, bajo la actividad de Formula Saludable.

\*Material informativo de sensibilización sobre la importancia de la inclusión de las PcD a nivel comunitario. Stickers, piezas en Modo IN, estrategias vivenciales, entrega de recordatorios, etc.

\*Folletos y plegables informativos sobre la Estrategia RBC en CAPS, derechos de las PcD y oferta institucional en la ciudad para las PcD y sus familias.

\*Difusión del trabajo realizado a nivel local, por diversos medios de comunicación

## 8. Acciones transversales

Teniendo en cuenta que RBC es sólo una de las estrategias desarrolladas dentro de CAPS, es necesario que todo el EMS vea la misma desde una integralidad, en donde la RBC puede ser fortalecida desde las otras líneas operativas, componentes y actividades generales. Es por ello que esta estrategia implica a su vez contar con:

23

- \*Mapeo de redes institucionales presentes en el territorio de intervención
- \*Rutas claras de atención a PcD y sus familias
- \*Material informativo sobre derechos de las PcD
- \*Material informativo sobre RBC
- \*Listado de actividades incluidas en el POS relacionadas con discapacidad (anexo)
- \*Oferta institucional de la ciudad frente a la discapacidad
- \*Planes caseros de intervención según discapacidad

## 9. Evaluación

La estrategia RBC-CAPS debe ser evaluada de forma continua en las reuniones interdisciplinarias que se tiene entre el EMS, lo cual debe ser evidente en los informes mensuales de ejecución contractual. Así mismo se debe hacerse una evaluación al final del año, que dé cuenta del estado de los indicadores de proceso y de resultado.

Esta evaluación se contempla desde lo cuantitativo a través de los indicadores mencionados, el reporte de logros del SI-CAPS del módulo de intervenciones y desde lo cualitativo de forma integral por el EMS que participó en la estrategia, por cada una de las zonas intervenidas y grupos conformados.

Los informes mensuales deben dar cuenta entre otras cosas, del número de PcD, familias y líderes beneficiados, caracterización de las PcD que hacen parte del proceso de RBC, número de actividades realizadas, logros y dificultades del proceso y al final del trabajo, situación inicial y final de la sensibilización dada a nivel comunitario, teniendo en cuenta el sondeo inicial y final realizado por la agente en salud pública.

## B. Tecnologías

Este proceso de implementación se desarrollará operativa y contractualmente a través de diversas tecnologías en salud, descritas de forma más amplia en el documento Modelo de Intervención de la Estrategia CAPS y relacionadas a continuación (15).

Tabla 1. Descripción de las tecnologías, según componentes

Componente	Línea operativa Plan Decenal Salud Pública	Tecnología
<b>ESENCIALES</b>		
<b>Servicios de salud</b>	Gestión del Riesgo	Caracterización socio familiar Visitas domiciliarias por fisioterapia a PcD
	Promoción de la Salud	Encuentros grupales educativos con familiares de PcD
<b>Participación Social y comunitaria</b>	Promoción de la Salud	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD
		Encuentros grupales educativos con comunidad
		Encuentros comunitarios: Formula saludable
<b>Intersectorialidad</b>	Gestión del Riesgo	Seguimiento telefónico a las remisiones por auxiliar de enfermería
	Promoción de la Salud	Capacitación al talento humano (sobre temas a fines a discapacidad)
		Movilización Social – Educación y comunicación para la Salud (Campañas)
<b>COMPLEMENTARIAS</b>		
<b>Servicios de salud</b>	Gestión del Riesgo	Visita domiciliaria por profesional y Técnico de Saneamiento Ambiental
		Seguimiento telefónico a PcD y sus familias por profesional
		Grupo de apoyo mutuo para PcD y sus familiares
<b>Intersectorialidad</b>	Gestión de la Salud Pública	Visitas de asesoría institucional en el marco de redes (núcleos)
		Encuentros de trabajo con núcleos conformados (sobre discapacidad)

### C. Indicadores

A continuación se presenta un listado de los principales indicadores que permiten evaluar el avance en la implementación de la estrategia de RBC en CAPS.

25

Estos están clasificados por resultado, que apuntan a los temas más críticos a considerar en RBC, por proceso, considerados como intermedios en la evaluación de la estrategia y por último indicadores definidos como de cobertura, los cuales son resultado de algunos indicadores de proceso y aluden a visibilizar algunas de las metas definidas contractualmente para RBC.

**Tabla 2. Indicadores de RBC en la Estrategia CAPS**

TIPO INDICADOR	NOMBRE	TECNOLOGIA
RESULTADO	No de personas con discapacidad que mejoran su independencia económica	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD
	No de PcD promotores de la salud	Movilización Social – Educación y comunicación para la Salud (Campañas)
	No de proyectos emprendidos	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD
	No de gestiones efectivas realizadas para acceso a servicios de salud	Seguimiento telefónico a las remisiones por auxiliar de enfermería
	Nº de alianzas institucionales efectivas	Encuentros comunitarios: Formula saludable
PROCESO	No de acciones emprendidas por la comunidad en beneficio de las PcD	Movilización Social – Educación y comunicación para la Salud (Campañas)
	Personas con discapacidad que mejoran sus conocimientos acerca de su salud	Visitas domiciliarias por fisioterapia a PcD / Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD
	Integrantes de las familias de personas con discapacidad que mejoran sus conocimientos acerca de su salud	Encuentros grupales educativos con familiares de PcD
	Instituciones sensibilizadas por PcD sobre su condición	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD

TIPO INDICADOR	NOMBRE	TECNOLOGIA
<b>COBERTURA</b>	% de personas que mejoran su concepción sobre la discapacidad	Caracterización socio familiar
	No de alianzas realizadas en pro de PcD	Encuentros comunitarios: Formula saludable
	% de familias adherentes a la Estrategia RBC	Encuentros grupales educativos con familiares de PcD
	No de PcD adherentes al proceso RBC	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD
	No de PcD que disminuyen riesgos según ficha familiar	Caracterización socio familiar
	No de PcD que se encuentran inscritas en el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLPCD)	Visita domiciliaria
	No de acciones emprendidas a nivel familiar para eliminar barreras físicas para las PcD	Visita domiciliaria
	No de personas de la comunidad que apoyan los procesos de inclusión de las PcD	Encuentros grupales educativos con comunidad / Movilización Social – Educación y comunicación para la Salud (Campañas)
	% de personas escolarizadas	Caracterización socio familiar
	% de personas que acceden a educación no formal	Caracterización socio familiar
	No de actividades artístico-culturales emprendidas por PcD	Encuentros comunitarios: Formula saludable
	No de actividades físico-recreativas emprendidas por PcD	Encuentros comunitarios: Formula saludable
	No de visitas realizadas por EMS	Visita domiciliaria
	No de familias intervenidas por EMS	Visita domiciliaria
	No de zonas con la estrategia RBC	Visita domiciliaria
	No de familias con cumplimiento en el total de visitas programadas	Visita domiciliaria
	% de personas mayores con discapacidad en RBC	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD
	No de encuentros realizados por grupo	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD

alle 19 N. 21 - 44 Propiedad Horizontal CAM  
Teléfono 887 97 00 Ext. 71500  
Código postal 170001  
Atención al cliente 018000 968988

Alcaldía de Manizales Ciudad Manizales



TIPO INDICADOR	NOMBRE	TECNOLOGIA
	No de asistentes promedio por grupo	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD
	No de asistentes promedio por área	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD
	No de PcD beneficiados	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD
	No de PcD que evalúan satisfactoriamente el proceso	Encuentros grupales de desarrollo de capacidades con PcD
	No de encuentros comunitarios realizados (formula saludable)	Encuentros comunitarios: Formula saludable
	% de familiares que asisten a los encuentros	Encuentros grupales educativos con familiares de PcD
	No de familias de PcD beneficiadas	Encuentros grupales educativos con familiares de PcD
	No de líderes formados y sensibilizados con RBC	Encuentros grupales educativos con comunidad

**D. Actividades generales por componente**

**Tabla 3. Descripción de las actividades, según componente**

Componente	Elemento	Actividades	Responsables
SALUD	<u>Promoción</u>	*PcD y familia: Asertividad, inteligencia emocional, toma de decisiones, convivencia familiar. *PcD: Aceptación incondicional, buena higiene, hábitos de alimentación sana, importancia de la actividad física *Comunidad: Sensibilización sobre la discapacidad	EMS
	<u>Prevención</u>	*PcD y familia: Educación sobre la discapacidad, factores de complicación de la discapacidad *Familia. Autocuidado emocional, manejo de posturas, codependencia, cambios en la vivienda para evitar accidentes y favorecer el acceso *Comunidad: Educación sobre la discapacidad, mitos y realidades de la discapacidad, identificación de representaciones sociales negativas relacionadas con PcD	EMS



Componente	Elemento	Actividades	Responsables
	<u>Atención medica</u>	*PcD: Asegurar los controles médicos respectivos y la dispensación de medicamentos	Trabajo Social
	<u>Rehabilitación</u>	*PcD y familia: Elaborar y hacer seguimiento a los planes caseros según la discapacidad. Evaluar avance del mismo	EMS
	<u>Dispositivos de asistencia</u>	*PcD: Apoyar la gestión para la entrega de dispositivos por parte de la EAPB y apoyar la gestión requerida de otros dispositivos	Trabajo Social
EDUCACION	<u>No formal</u>	*PcD y familia: Uso y mantenimiento de dispositivos de asistencia personal, veeduría ciudadana, habilidades lecto-escritoras y derechos en salud. *Comunidad: Formación en cuidadores, Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), fortalecimiento del liderazgo, veeduría ciudadana	EMS
	<u>Formal</u>	*PcD: Culminación de estudios de primaria y bachiller, cursos de panadería y repostería, cultivos	Trabajo Social
	<u>Aprendizaje de toda la vida</u>	*PcD y familia: Talleres de desarrollo humano, liderazgo, trabajo en equipo, pensamiento crítico, manejo de la expresión de emociones	Psicología
SOCIAL	<u>Asistencia personal</u>	*PcD: Favorecer asistencia personal humanizada y ajustada a las necesidades de la PcD, gestión de institución de apoyo en casos de requerirse *Familia: Elaborar un plan de apoyo a la familia para el cuidado	Trabajo Social - Fisioterapia - Enfermería
	<u>Relaciones</u>	*PcD y familia: Prevención de la violencia intrafamiliar, convivencia familiar, resolución de conflictos *PcD: Habilidades sociales, control del estrés, manejo de las relaciones de pareja, sexualidad responsable, involucramiento como promotor de salud y RBC a nivel comunitario e institucional	EMS
	<u>Cultura y artes</u>	*PcD: Participación en actividades culturales, desarrollo de un programa de trabajo permanente en cultura y danzas, exposición de trabajos artísticos	Trabajo Social - Fisioterapia
	<u>Recreación</u>	*PcD: Participación en actividades de ciudad lúdico, recreativas y deportivas, desarrollo de un programa de trabajo permanente en actividad física, participación en torneos de PcD	Trabajo Social - Fisioterapia

Componente	Elemento	Actividades	Responsables
	<u>Justicia</u>	*PcD y familia: Gestión y apoyo para la restitución de derechos de las PcD, educación en deberes y derechos de las PcD y sus familias	Trabajo Social
<b>FORTALECIMIENTO</b>	<u>Movilización comunal</u>	*Comunidad: Sensibilización sobre la discapacidad como un problema de salud pública, mapeo de actores destacados en relación con la discapacidad, campaña en favor de la inclusión social, diagnóstico comunitario, prevención de la violencia social contra PcD, tomas barriales formula saludable sobre la inclusión social, talleres a líderes sobre la discapacidad y RBC, desarrollo de acciones por parte de los líderes en pro de la inclusión de PcD, favorecer cambios en los ambientes físicos comunitarios para mejorar la accesibilidad, desarrollo de alianzas interinstitucionales	EMS
	<u>Grupos de autoayuda</u>	*PcD: Grupo de mutua ayuda para personas con riesgo de discapacidad y grupo de apoyo social personas con discapacidad *Familia: Grupo de apoyo mutuo familiares PcD	EMS
<b>SUBSISTENCIA</b>	<u>Desarrollo de destrezas</u>	*PcD: Manejo del dinero, identificación de destrezas para el trabajo, habilidades para buscar trabajo, emprendimiento, realización de hojas de vida, reconocimiento entidades que reciben hojas de vida, favorecer la asociatividad	EMS
	<u>Protección social</u>	*PcD: Gestión de institución de apoyo en casos de requerirse, de apoyo a mejoramiento de vivienda, subsidio de alimentación, en salud, económico. Verificación inclusión en el RLPCD	Trabajo Social
	<u>Trabajo</u>	*PcD: Identificación de personas que cumplen criterios para zonas azules u otras ofertas de ciudad, acciones de motivación hacia la independencia económica	EMS



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

30

1. RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de Posición conjunta. Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud. OMS. 2005
2. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. Componente de salud. Organización Mundial de la Salud, 2012
3. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. Folleto de Introducción. Organización Mundial de la Salud, 2012
4. Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). Una Estrategia para La Prevención, Atención, Rehabilitación y Gestión del Riesgo en Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015
5. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. OMS. Universidad Nacional de Córdoba. 2008
6. Lineamientos nacionales de rehabilitación basada en la comunidad para Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014
7. Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación Basada en Comunidad en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015
8. Plan Decenal de Salud Pública. PDSP. 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social. 2012
9. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. Componente de subsistencia. Organización Mundial de la Salud, 2012
10. Rehabilitación basada en la comunidad: reflexiones, dificultades y controversias. Elsevier. 2013;47(2):61-63
11. Instructivo ficha familiar. Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud. CAPS. Municipio de Manizales. Secretaría de Salud Pública. Versión 2017
12. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. Javier Cid-Ruzafa y Javier Damián-Moreno. Revista en Salud Pública. 1997; 71:177-137
13. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. Componente de fortalecimiento. Organización Mundial de la Salud, 2012
14. Resolución 518 de 2015. 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 Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). Ministerio de Salud y Protección Social. 2015
15. Modelo de Intervención de la Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS). Municipio de Manizales. Secretaría de Salud Pública. Versión 2017

**ANEXOS**  
**ÍNDICE DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD (BARTHEL)**

31

<b>ESCALA DE BARTHEL</b>	
<b>COMER</b>	
Incapaz	<b>0</b>
Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	<b>5</b>
Independiente (la comida está al alcance de la mano)	<b>10</b>
<b>TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA</b>	
Incapaz, no se mantiene sentado	<b>0</b>
Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	<b>5</b>
Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	<b>10</b>
Independiente	<b>15</b>
<b>ASEO PERSONAL</b>	
Necesita ayuda con el aseo personal.	<b>0</b>
Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	<b>5</b>
<b>USO DEL RETRETE</b>	
Dependiente	<b>0</b>
Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.	<b>5</b>
Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	<b>10</b>
<b>BAÑARSE/DUCHARSE</b>	
Dependiente.	<b>0</b>
Independiente para bañarse o ducharse.	<b>5</b>
<b>DESPLAZARSE</b>	
Inmóvil	<b>0</b>
Independiente en silla de ruedas en 50 m.	<b>5</b>
Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).	<b>10</b>
Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	<b>15</b>
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	
Incapaz	<b>0</b>
Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.	<b>5</b>
Independiente para subir y bajar.	<b>10</b>
<b>VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>	
Dependiente	<b>0</b>
Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.	<b>5</b>
Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc	<b>10</b>
<b>CONTROL DE HECES</b>	
Incontinente (o necesita que le suministren enema)	<b>0</b>
Accidente excepcional (uno/semana)	<b>5</b>
Continente	<b>10</b>
<b>CONTROL DE ORINA</b>	
Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	<b>0</b>
Accidente excepcional (máximo uno/24 horas).	<b>5</b>
Continente, durante al menos 7 días.	<b>10</b>
<b>TOTAL</b>	

**INTERPRETACIÓN: 0-20:** Dependencia total / **21-60:** Severa / **61-90:** Moderada / **91-99:** Leve

**LISTA DE CHEQUEO**

Fecha: \_\_\_\_\_ Usuario: \_\_\_\_\_ Doc identidad: \_\_\_\_\_

Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Comuna/Corregimiento: \_\_\_\_\_ Barrio/Vereda: \_\_\_\_\_

32

<b>CRITERIOS DE VALORACIÓN PARA INGRESO AL PROGRAMA RBC-CAPS</b>			
<b>C</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>VALORACION</b>	
		<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
<b>1</b>	Tener una discapacidad	4	0
<b>2</b>	Índice de Barthel con dependencia leve o moderado	4	0
<b>3</b>	Posibilidad de alcanzar metas definidas para RBC-CAPS	4	0
<b>4</b>	Capacidad de trabajo en equipo	4	0
<b>5</b>	Interés de la PcD para hacer parte de RBC-CAPS	4	0
<b>6</b>	Interés de la familia de la PcD para acceder al proceso*	1	0
<b>7</b>	PcD no incluida en otros programas sociales similares	4	0
<b>8</b>	PcD excluida de procesos sociales*	1	0
<b>9</b>	PcD con dificultades de adaptación al medio social o familiar y de aceptación de su condición*	1	0
<b>10</b>	PcD sin barreras para acceder a las intervenciones integrales de RBC-CAPS	4	0
<b>TOTAL</b>			
*Condición relevante, aunque no obligatoria			
Nota: Todos los ítems deben ser diligenciados y evaluados. El puntaje mínimo para acceder a la estrategia de RBC-CAPS es de 28 puntos.			

## SONDEO REPRESENTACIONES SOCIALES FRENTE A LA DISCAPACIDAD

Cordial saludo,

Su conocimiento y opinión sobre este tema será de ayuda para la comunidad en donde usted vive, debido a que el objetivo es mejorar las condiciones de las PcD, sus familias y en general La comunidad del barrio.

33

**Sexo:** Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Barrio:** \_\_\_\_\_

**Población:** Familiar PcD \_\_\_\_\_ Personas sin discapacidad \_\_\_\_\_ Líderes comunidad \_\_\_\_\_

**\*Cual es la primera palabra que le viene a la mente cuando le hablan de discapacidad:**

---

**\*Ha recibido información sobre discapacidad**

Nunca \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Muchas veces \_\_\_\_\_

**\*Cree usted que es posible prevenir la discapacidad**

Muy de acuerdo \_\_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_\_ En desacuerdo \_\_\_\_\_ Muy en desacuerdo \_\_\_\_\_

**\*Como se siente al lado de una PcD:**

Muy cómodo \_\_\_\_\_ Cómodo \_\_\_\_\_ Incómodo \_\_\_\_\_ Muy incómodo \_\_\_\_\_

**\*Cree usted que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que los demás**

Muy de acuerdo \_\_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_\_ En desacuerdo \_\_\_\_\_ Muy en desacuerdo \_\_\_\_\_

**\*Cree usted que a las personas con discapacidad las discriminan:**

Nunca \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Muchas veces \_\_\_\_\_

**\*Estaría dispuesto a apoyar procesos en contra de la discriminación de las PcD**

Muy de acuerdo \_\_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_\_ En desacuerdo \_\_\_\_\_ Muy en desacuerdo \_\_\_\_\_

**\*Se debería hacer algo para integrar más en la sociedad a las personas con discapacidad (por ejemplo, facilitar su acceso a lugares públicos)**

Muy de acuerdo \_\_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_\_ En desacuerdo \_\_\_\_\_ Muy en desacuerdo \_\_\_\_\_

**PRINCIPALES ACTIVIDADES OFERTADAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD,  
EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD**

34

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2146	89.0.1	ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACION [VISITA] DOMICILIARIA O AL SITIO DE TRABAJO
2218	93.0.2	EVALUACION ORTÉSICA
2219	93.0.3	EVALUACION PROTESICA EN EXTREMIDADES
2221	93.1.0	TERAPIA FISICA
2222	93.1.1	EJERCICIO ASISTIDO
2223	93.1.5	MODALIDADES ELECTRICAS Y ELECTROMAGNETICAS DE TERAPIA
2224	93.1.6	MODALIDADES MECANICAS DE TERAPIA
2225	93.1.7	MODALIDADES NEUMATICAS DE TERAPIA
2226	93.2.4	DISEÑO, ADECUACION Y ENTRENAMIENTO EN USO TECNOLOGIA DE REHABILITACIÓN
2231	93.3.9	TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL
2237	93.5.4	APLICACIÓN DE FERULA
2247	93.7.0	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL
2248	93.7.1	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE
2249	93.7.2	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESORDENES DEL HABLA, VOZ, FLUIDEZ, ARTICULACION, RESONANCIA
2250	93.7.3	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS
2251	93.7.4	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESORDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS
2252	93.7.5	OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA
2253	93.8.3	TERAPIA OCUPACIONAL
2259	94.0.2	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD
2260	94.0.3	ANALISIS DE CARÁCTER [CONDUCTA]
2261	94.0.9	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSICOLÓGICO
2262	94.1.1	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSIQUIÁTRICO
2263	94.3.1	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
2264	94.3.5	INTERVENCION EN CRISIS
2265	94.4.0	PSICOTERAPIA DE PAREJA
2266	94.4.1	PSICOTERAPIA FAMILIAR
2267	94.4.2	PSICOTERAPIA DE GRUPO
2268	95.0.1	EVALUACION ORTOPTICA
2269	95.0.2	EVALUACION DE BAJA VISION
2270	95.0.3	EVALUACION O EXAMEN OFTALMOLOGICO ESPECIAL O EXTENDIDO
2271	95.0.5	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL
2282	95.2.3	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES
2286	95.3.5	TERAPEUTICA ORTOPTICA
2288	95.4.1	AUDIOMETRIA
2289	95.4.3	EVALUACION AUDIOLOGICA
2290	95.4.4	PRUEBAS CLINICAS DE LA FUNCION VESTIBULAR
2291	95.4.6	OTRAS PRUEBAS AUDITIVAS Y VESTIBULARES

\*Orientaciones para el desarrollo de la RBC. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015



**ALCALDÍA DE MANIZALES**  
**Calle 19 No. 21-44 Propiedad Horizontal CAM**  
**Teléfono 8879700 Ext 71500**  
**Código postal 170001**  
**Atención al cliente 018000968988**