



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIA DE LA EDUCACIÓN

FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA

DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

EVALUACIÓN DE LA MODALIDAD E IMPLEMENTACIÓN DE LA
ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC)
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS EQUIPOS TÉCNICOS PROFESIONALES
PERTENECIENTES A CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN (CCR)
DEL SECTOR SUR DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN KINESIOLOGÍA

YESENIA CIFUENTES GONZÁLEZ

LISSETTE YAÑEZ VALLEJOS

PROFESOR GUÍA: KLGA LORENA SOTOMAYOR SOTO

SANTIAGO DE CHILE, ABRIL 2016



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA

DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

EVALUACIÓN DE LA MODALIDAD E IMPLEMENTACIÓN DE LA
ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC)
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS EQUIPOS TÉCNICOS PROFESIONALES
PERTENECIENTES A CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN (CCR)
DEL SECTOR SUR DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE.

Proyecto MYS 1/14/2015, aprobado y financiado por la Dirección de Investigación
de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN KINESIOLOGÍA

AUTORAS: YESENIA DE LOURDES CIFUENTES GONZÁLEZ

LISSETTE MARIELA YAÑEZ VALLEJOS

PROFESORA GUÍA: KLGA LORENA SOTOMAYOR SOTO

SANTIAGO DE CHILE, ABRIL 2016

Autorizado para

Sibumce Digital

2016, Yesenia Cifuentes González y Lissette Yañez Vallejos

Se autoriza la reproducción total o parcial de este material, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, siempre que se haga la referencia bibliográfica que acredite el presente trabajo y su autor.

Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación		
		
Sistema de Bibliotecas UMCE		
IDENTIFICACION DE TESIS/ INVESTIGACION		
Título de la tesis, <u>Evaluación de la modalidad e implementación de la estrategia de Rehabilitación</u>		
Memoria o seminario: <u>Basada en la Comunidad (RBC) desde la perspectiva de los equipos técnicos</u>		
<u>profesionales pertenecientes Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) del</u>		
<u>sector sur de la región Metropolitana de Chile.</u>		
Fecha: <u>29 de abril del 2016</u>		
Facultad: <u>Facultad de Artes y Educación Física.</u>		
Departamento: <u>Departamento de Kinesiología.</u>		
Carrera: <u>Kinesiología.</u>		
Título y/o grado: <u>Licenciatura en Kinesiología.</u>		
Prof. Guía/patrocinante: <u>Lorena Sotomayor Soto.</u>		
AUTORIZACIÓN		
Autorizo a través de este documento la reproducción total o parcial de este trabajo de investigación para fines académicos y su alojamiento en el repositorio institucional SIBUMCE del Sistema de Bibliotecas UMCE.		
_____	_____	_____
Nombre/Firma	Nombre/Firma	Nombre/Firma
_____	_____	_____
Nombre/Firma	Nombre/Firma	Nombre/Firma
Santiago de Chile, ___ de _____ de 20__		

“No puedes conectar los puntos viendo hacia adelante; sólo puedes conectarlos mirando hacia atrás. De modo que tienes que confiar en que los puntos de alguna forma se conecten en el futuro. Tienes que confiar en algo – tu instinto, destino, vida, karma- lo que sea. Este enfoque nunca me ha fallado, y ha hecho toda la diferencia en mi vida”.

Steve Jobs

Tabla de contenidos

Resumen	vi
Palabras claves.....	vi
Abreviaturas.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1: Presentación.....	5
1.1 Planteamiento del problema.....	5
1.2 Preguntas de investigación.....	9
1.3 Relevancia de la investigación.....	10
Capítulo 2: Objetivos de la investigación.....	11
2.1 Objetivo General.....	11
2.2 Objetivos Específicos	11
Capítulo 3: Marco referencial.....	12
3.1 Discapacidad.....	12
3.1.1 Evolución del Concepto de discapacidad	12
3.1.2 Cómo responde Chile a la Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad.	13
3.1.3 Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) como respuesta a la Discapacidad	15
3.2 Implementación Mundial de la Estrategia de Rehabilitación Basada En La Comunidad (RBC)	16
3.2.1 Guías para la RBC	16
3.2.1.1 Antecedentes	16
3.2.1.2 Objetivos.....	17
3.2.1.3 Matriz de la RBC	17
3.2.1.4 Elementos claves para la RBC.....	18
3.2.1.4.1 Ciclo de administración.....	18
3.2.1.4.2 Inicio.....	20
3.2.1.4.3 Cobertura geográfica	20
3.2.1.5 Elementos para mantener la RBC en el tiempo	20
3.2.1.6 Crecimiento en escala de los programas RBC.....	22
3.2.2 Diversidad de Implementaciones de la RBC en Latinoamérica	22
3.3 Implementación de la RBC en Chile	25
3.3.1 Antecedentes.....	25
3.3.2 Guías Nacionales para la RBC	27

3.3.2.1	Objetivos y metas del trabajo para el periodo 2010-2014	28
3.3.2.2	Metodología para la implementación de la estrategia RBC	28
3.3.2.2.1	Equipo de trabajo.....	28
3.3.2.2.2	Estudio de la Demanda del CCR y organización de la atención 29	
3.3.2.2.3	Desarrollo del Proceso de capacitación de Servicios de Salud	31
3.3.2.2.4	Gestión local del equipo de rehabilitación	31
3.3.2.2.5	Formación de monitores de salud especializados en el cuidado de PsD 31	
3.3.2.2.6	Comunicación.....	31
3.3.2.2.7	Gestión del Servicio de Salud	32
3.3.2.3	Trabajo en red	32
3.3.2.4	Flujogramas para el manejo de los síntomas osteomusculares en la atención primaria de salud.....	33
3.3.2.5	Unidades Básicas de rehabilitación (UBR)	33
3.3.2.5.1	Modelo arquitectónico.....	34
3.3.2.5.2	Implementación	34
3.3.2.5.3	Prestaciones	36
3.3.2.6	Tareas 2010-2014	37
3.3.2.7	Metas planteadas para la RBC.....	38
3.3.3	Diferencias entre las Guías OMS y Orientaciones del MINSAL.....	39
3.4	Evaluación Cualitativa de Programas de Salud	40
3.4.1	Tipos de investigación	40
3.4.2	Investigación Cualitativa	40
3.4.3	Enfoques de la investigación cualitativa	41
3.5	Evaluación en Salud.....	42
	Capítulo 4: Marco Contextual	45
	Capítulo 5: Marco Metodológico	47
5.1	Enfoque metodológico	47
5.2	Determinación de informantes y escenario de investigación.....	47
5.3	Obtención de información	48
5.4	Análisis de la información	48
5.5	Presentación de la información.....	50
5.6	Criterios de rigor de la investigación	51
5.6.1	Criterio de credibilidad.....	51
5.6.2	Criterio de consistencia.	52

5.6.3	Criterio de confirmabilidad.....	52
5.6.4	Criterio de transferibilidad.....	53
Capítulo 6: Análisis de resultados y consideraciones finales		54
6.1	Análisis de resultados	54
6.1.1	Implementación inicial	54
6.1.2	Aspectos organizativos	58
6.1.3	Evolución.....	63
6.1.4	Falencias.....	66
6.1.5	Formación inicial en RBC	69
6.1.6	Capacitación	71
6.1.7	Características del profesional de la RBC	72
6.1.8	Trabajo que contribuye al bienestar del usuario.....	80
6.1.9	Valoración de las guías.....	85
6.1.10	Intersectorialidad	87
6.1.11	Visión de la estrategia.....	89
6.2	Consideraciones finales	100
Capítulo 7: Proyecciones de la investigación		105
7.1	Proyecciones	105
Referencias Bibliográficas.....		107
ANEXOS.....		112
1.1	Anexo 1. Pauta de entrevista.....	112
1.2	Anexo 2. Consentimiento Informado.....	113
1.3	Anexo 3. Autorización comité de ética UFRO	113

Listado de figuras

Figura 1. Matriz RBC (OMS, 2012).....	18
Figura 2. Modelo arquitectónico de una UBR (MINSAL, 2010).....	34

Listado de tablas

Tabla 1. Elementos para implementar una UBR (MINSAL, 2010)	36
Tabla 2. Canasta de prestaciones (MINSAL, 2010).....	37
Tabla 3. Características y diseños utilizados por los enfoques principales (extremos) que aborda la investigación evaluativa (García, 1992).....	42
Tabla 4. Resumen de metacategorías, categorías y códigos de análisis	50

Resumen

Según la segunda ENDISC el 20% de las personas de 18 años o más se encuentra en situación de discapacidad en nuestro país. Cifras que van en aumento.

Es por lo anterior que se vuelve fundamental trabajar sobre el tema de la discapacidad, proporcionando políticas que derriben las barreras existentes. Considerando lo anterior es que se debe desarrollar un proceso de rehabilitación el cual sea realizado sin mirar a la persona como una condición de salud, si no como una persona de derecho, que está inserta en un contexto, favoreciendo el desarrollo comunitario y social. Tal como lo propone la estrategia RBC, la cual busca contribuir en la calidad de vida de las PsD y sus familias, además de velar por la inclusión integral mediante su carácter multisectorial

El objetivo de investigación fue evaluar cualitativamente la modalidad e implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en Centros Comunitarios de Rehabilitación de la zona sur de la Región Metropolitana, desde la mirada de los actores técnico-profesionales.

Investigación cualitativa con enfoque hermenéutico, utilizando como técnica de recolección de información entrevistas semi estructuradas a profesionales que se desempeñan en centros de rehabilitación comunitaria (CCR) de la granja, PAC, lo espejo y el bosque, para recoger sus experiencias en la implementación de la estrategia.

Los profesionales que trabajan con la estrategia RBC, tienen una percepción de que ésta se encuentra fuertemente ligada al área de salud en nuestro país, por lo que falta expandirla a otras áreas para realizar una inclusión integral de las PsD. Por otro lado, los logros alcanzados por los CCR, están fuertemente ligados a los niveles de motivación y compromiso que tiene los equipos de dichos centros con las PsD y no por políticas públicas establecidas.

Se hace necesaria una profundización en las falencias detectadas para ser un aporte en la búsqueda de soluciones de estas.

Palabras claves

Rehabilitación Basada en la comunidad, Discapacidad, Evaluación Cualitativa, Modelo Biopsicosocial.

Abreviaturas

ACV: Accidente Cerebro Vascular.

APS: Atención Primaria de Salud.

AS: Asistente social.

AVD: Actividades de la Vida Diaria.

AVE: Accidente Vascular Encefálico.

CAE: Consultorio Adosado de Especialidades.

CCR: Centro Comunitario de Rehabilitación.

CDT: Centro de Diagnóstico terapéutico.

CESAM: Centro de Salud Mental.

CESFAM: Centro de Salud Familiar.

FONADIS: Fondo Nacional de discapacidad.

GES: Garantías explícitas en Salud.

INRPAC: Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda.

JICA: La Agencia de Cooperación Internacional del Japón.

MINSAL: Ministerio de salud.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMIL: Oficina Municipal de Información Laboral

OMS: Organización Mundial de Salud.

ONG: Organización No Gubernamental.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

PAME: Programa de Atención Musculo Esquelética.

PcD: Persona con Discapacidad.

PsD: Persona en Situación de Discapacidad.

RBC: Rehabilitación Basada en la Comunidad

REM: Resúmenes Estadísticos Mensuales.

SENADIS: Servicio Nacional de la Discapacidad.

SENCE: Servicio Nacional de Capacitación y Empleo.

SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur.

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
(Por sus siglas en inglés: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization).

Introducción

Según el informe mundial sobre la discapacidad del año 2011 (OMS, 2011) cerca del 15,6% de la población mundial de 15 años y más viven con una discapacidad. A nivel nacional se poseen datos actualizados (entregados en enero del 2016) que reflejan la realidad de las personas con discapacidad en nuestro país, el cual revela que el 20% de las personas de 18 años o más se encuentra en situación de discapacidad.

Considerando que estos números irán en aumento por la tendencia al envejecimiento que presenta la población, y por la presencia de problemas crónicos de salud, es que se vuelve importante conocer el quehacer actual entorno a la discapacidad.

De acuerdo a la definición de discapacidad, el entorno se considera un aspecto relevante en el desarrollo de esta, ya sea actuando como facilitador o barrera. Es por lo anterior que se vuelve fundamental trabajar sobre el tema de la discapacidad, proporcionando políticas que derriben las barreras existentes que contribuyen a aumentar el número de personas con discapacidad. Considerando lo anterior y que dentro de las acciones de la rehabilitación, educación e integración pertenecientes al proceso de rehabilitación integral son relevantes las dimensiones personal y social es que se vuelve imperioso generar un cambio en el enfoque del modelo de atención, logrando avanzar desde el modelo biomédico, modelo centrado en la patología, hacia a un modelo biopsicosocial, en el cual se pueda llevar a cabo el proceso sin mirar a la persona como una condición de salud, si no como una persona de derecho, que está inserta en un contexto, favoreciendo el desarrollo comunitario y social, entendiendo que la salud y la enfermedad son un continuo.

Para llevar a cabo esta transición se necesita de un trabajo mancomunado de todas las áreas involucradas en el desarrollo de las personas, tal como lo propone la estrategia RBC, la cual busca contribuir en la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, además de velar por la inclusión integral mediante su carácter multisectorial, que les permite a las personas acceder a los servicios sociales, educativos, sanitarios y de empleo, al igual que el resto de la población.

Chile al ser un estado parte de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, se ha comprometido a resguardar los derechos de estas personas. Para lograr

este compromiso el año 2010 se promulga la Ley N° 20.422, la cual presenta tres artículos que respaldan la implementación de la estrategia RBC en nuestro país, ya que como señala el MINSAL, esta estrategia tiene la facultad de ser “ una herramienta de desarrollo humano, social y económico, que al construir o restituir redes sociales complejas y relaciones de mutuo beneficios, entre los integrantes de una comunidad, propiciará como estrategia de salida del sistema el desarrollo de iniciativas productivas y servicios comunitarios, con capacidad de generación de ganancia para los participantes”. Asimismo es que el MINSAL proporciona un respaldo metodológico para trabajar con esta estrategia a nivel nacional, el cual se basa en las directrices planteadas desde la OMS mediante las “Guías para la RBC”, las cuales han sido adecuadas a nuestro contexto nacional.

A pesar de poseer un respaldo tanto metodológico como legal, en nuestro país existe poca evidencia de la manera en que se ha llevado a cabo la implementación de esta estrategia, ya que si bien existen orientaciones para la implementación de la RBC, son solo orientaciones y es de suma importancia conocer desde los involucrados en este modelo de rehabilitación como se ha llevado a cabo la puesta en marcha este, ya que la RBC se debe adecuar a la realidad y al contexto de la comunidad involucrada.

Por lo anterior hemos considerado necesario conocer las experiencias desde los profesionales que se encuentran a cargo de la ejecución de la estrategia, para así reconocer la manera de llevar a cabo lo establecido desde lo central en lo local, además de identificar las carencias al momento de enfrentarse a la RBC y cómo se ha podido dar solución a estas situaciones, lo que nos permite conocer más sobre la realidad de como se está implementando esta estrategia en Chile.

A raíz de lo expuesto anteriormente, nos hemos planteado como objetivo de investigación evaluar cualitativamente la modalidad e implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en Centros Comunitarios de Rehabilitación de la zona sur de la Región Metropolitana, desde la mirada de los actores técnico-profesionales. Para llevar a cabo esto nos hemos planteado las siguientes preguntas: ¿Cómo se implementa la estrategia RBC en los centros comunitarios del sector Sur de la Región Metropolitana?, ¿Cuáles actividades intersectoriales contemplan los centros comunitarios que llevan a cabo la estrategia RBC?, ¿Cuál es la valoración a las guías metodológicas para Chile propuestas por el MINSAL?, ¿A qué responden los objetivos y orientaciones de la RBC EN Chile?, ¿Cuál es el perfil de los profesionales de la Región Metropolitana para trabajar en la

estrategia RBC?, ¿Qué capacitación presentan los profesionales que trabajan en la estrategia RBC en la Región Metropolitana?

Para cumplir con el objetivo anteriormente expuesto se realizaron entrevistas semi-estructuradas a dos profesionales de cada centro, siendo uno el encargado de este. Se seleccionaron cuatro Centros Comunitarios de Rehabilitación pertenecientes a la zona Sur del Área Metropolitana, que cumplieran como mínimo con dos años de funcionamiento, para que los centros presenten una consolidación.

En base a los antecedentes expuestos anteriormente, consideramos que esta investigación se hace cargo de la necesidad de conocer los diversos caminos utilizados por los equipos locales, y los obstáculos identificados en el transcurso de la implementación de la estrategia RBC, armonizando tanto los lineamientos propuestos nacional e internacionalmente, así como respetando el contexto de la comunidad en la que se realiza.

Nuestra principal motivación es ahondar en la estrategia RBC a nivel nacional, ya que esto es un proceso clave para llevar un fortalecimiento de la información disponible sobre esta estrategia, además de poder contribuir a una mejor implementación nacional de esta, ya que estamos insertos en una sociedad que poco a poco se acerca a un envejecimiento poblacional, lo que aumenta la probabilidad de que el número de personas discapacitadas aumente en unos años más, requiriendo la necesidad de profesionales que manejen la principal estrategia de rehabilitación fomentada a nivel nacional y mundial.

Capítulo 1: Presentación

1.1 Planteamiento del problema

En el informe mundial sobre la discapacidad, realizado por la OMS y el Banco Mundial, en el año 2011, se dan a conocer los datos revelados en la encuesta mundial de la salud, la cual deja en evidencia que cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). Por otra parte señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave” (OMS, 2011).

En Chile se poseen datos actualizados que reflejan la realidad de las personas con discapacidad en nuestro país, los datos disponibles corresponden al Segundo Estudio Nacional de Discapacidad en la población adulta, entregados en enero 2016 el cual revela que el 20% de las personas de 18 años o más, es decir 2.606.914 personas, se encuentra en situación de discapacidad en nuestro país. De los cuales el 11,7% presenta discapacidad leve a moderada y el 8,3% discapacidad severa.

Entre los hombres, el porcentaje de personas en situación de discapacidad es un 14,8%. Por su parte, el porcentaje de mujeres de 18 y más años llega a un 24,9%.

Del total de la población entre 18 y 29 años el 7,1% se encuentra en situación de discapacidad; entre los 30 y 44 años es el 11,3%; entre 45 y 59 años es el 21,7% y en el rango de 60 años y más es el 38,3%.

En el ámbito de la escolaridad, las personas en situación de discapacidad leve a moderada de 18 años o más tienen un promedio de escolaridad de 9,6 años de estudios efectivamente cursados. El 7,4% de las personas adultas en situación de discapacidad no tiene educación formal, el 23,4% tienen escolaridad básica incompleta, 16,1% escolaridad básica completa, 14,7% enseñanza media incompleta, 23,4% enseñanza media completa, 5,9% educación superior incompleta y el 9,1% educación superior completa.

En cuanto a la ocupación Laboral, el 56,0% de las personas en situación de discapacidad leve a moderada y el 24,3% de las personas en situación de discapacidad severa participa en el mercado laboral. El ingreso mensual promedio de personas en situación de discapacidad leve es de \$303.820, mientras que las personas en situación de discapacidad severa reciben un ingreso promedio mensual de \$269.583 (cifras a julio de 2015).

En relación a la dependencia y cuidado, se aprecia que el 40,4% de la población adulta en situación de discapacidad tiene dependencia funcional, es decir declaran tener dificultades en actividades básicas de la vida diaria. Un 41,2% de las personas en situación de discapacidad cuenta con asistencia de otras personas para realizar actividades cotidianas.

Tener en conocimiento estos datos es de gran relevancia para el quehacer en torno a la discapacidad, junto con el conocimiento de que estos números irán en alza por la tendencia al envejecimiento que presenta la población, y por la presencia de problemas crónicos de salud, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales.

Ante lo expuesto anteriormente, se hace necesario hacer frente a la discapacidad, proporcionando políticas que derriben las barreras existentes en el entorno de las personas, ya que de acuerdo a la definición de discapacidad, se considera al entorno como un ente importante en el desarrollo de esta, ya sea actuando como facilitador o barrera.

Dentro de las acciones de la rehabilitación, educación e integración dentro del proceso de rehabilitación integral cobran una importancia fundamental las dimensiones personal y social.

Para abarcar todas estas dimensiones en el proceso de rehabilitación, es necesario generar un cambio en el enfoque del modelo de atención, logrando descartar el modelo biomédico, modelo que se caracteriza por ser reduccionista, centrado en la patología, que busca examinar, clasificar y tratar las enfermedades, generando la división entre sanos y enfermos (Oyarzún, 2008) y dar paso a un enfoque biopsicosocial, en el cual se pueda llevar a cabo el proceso sin mirar a la persona como una condición de salud, si no como una persona de derecho, que está inserta en un contexto, favoreciendo el desarrollo comunitario y social, entendiendo que la salud y la enfermedad son un continuo.

Tal como lo expone Oyarzún (2008), la transición de un modelo biomédico a uno biopsicosocial no es una cuestión legislativa, no es solo el resultado lógico e inevitable de descubrir nuevos hechos y nuevos resultados. Es un proceso gradual de cambio a una manera diferente de pensar, contextual, no lineal, recursiva. Desafío que implica múltiples niveles de cambio.

Para llevar a cabo esta transición se necesita de un trabajo mancomunado de todas las áreas involucradas en el desarrollo de las personas, es así que llegamos a la estrategia RBC, estrategia que busca entregar mejoras en la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, y velar por su inclusión y participación, mediante su carácter multisectorial, que les permite a las personas acceder a los servicios sociales, educativos, sanitarios y de empleo, al igual que el resto de la población. Lo más relevante es que esto se consigue por medio de los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, la comunidad, servicios gubernamentales y no gubernamentales, dejando de lado el método de dar soluciones por medios de carácter asistencialistas.

Chile al ser un estado parte de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, se ha comprometido a resguardar los derechos de estas personas. Para lograr esta protección a los derechos se plantea la Ley N° 20.422, la cual presenta tres artículos que respaldan a la estrategia RBC, ya que es una estrategia que como lo señala el MINSAL, tiene la facultad de ser “ una herramienta de desarrollo humano, social y económico, que al construir o restituir redes sociales complejas y relaciones de mutuo beneficios, entre los integrantes de una comunidad, propiciará como estrategia de salida del sistema el desarrollo de iniciativas productivas y servicios comunitarios, con capacidad de generación de ganancia para los participantes”.

Los artículos a los que se hace alusión anteriormente corresponden a los N° 21, 18 y 22

- Artículo N°21 define la rehabilitación integral como el “conjunto de acciones y medidas que tienen por finalidad que las personas con discapacidad alcancen el mayor grado de participación y capacidad de ejercer una o más actividades esenciales en la vida diaria, en consideración a la deficiencia que causa la discapacidad.

- Artículo N°18 establece que “la prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del estado y así mismo un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de sus familias y de la sociedad en su conjunto”

- Artículo N°22 establece que “el estado fomentará preferentemente la rehabilitación con base comunitaria (RBC)”

Como se ve, la estrategia RBC tiene un respaldo legal en nuestro país, el cual responde al compromiso de brindarle las herramientas para tener una mejor calidad de vida, a las personas con discapacidad, derribando las barreras que impiden su pleno desarrollo en la sociedad, principalmente respetando sus derechos.

Por otro lado existe un respaldo metodológico, el cual se basa en las directrices planteadas desde la OMS para la implementación de la estrategia RBC, mediante las guías metodológicas de la RBC, las cuales en nuestro país han sido adecuadas a nuestro contexto nacional, dando paso a las orientaciones metodológicas.

Como ya se vio, la estrategia RBC en nuestro país cuenta con un respaldo tanto metodológico como legal, sin embargo existe poca evidencia de la manera en que se ha llevado a cabo la implementación de ésta, ya que si bien existen orientaciones para la implementación, son solo orientaciones, lo que es relevante a la hora de llevar a cabo la puesta en marcha de la RBC, ya que para esto se hace necesario la adecuación de éstas a la realidad y al contexto de la comunidad involucrada. Para conocer mas sobre la implementación en nuestro país hemos considerado necesario conocer las experiencias desde los profesionales que se encuentran a cargo de la ejecución de la estrategia, para así reconocer la manera de llevar a cabo lo establecido desde lo central en lo local. En este sentido coincidimos con lo expuesto en el informe “Evaluación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria (RBC) desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación” del año 2014 en el cual entre sus conclusiones se recomienda que: *“Se debe avanzar a una profundización de la evaluación de la estrategia desde los actores locales y no solo desde el nivel institucional central. Se deben generar mecanismos locales y regionales de evaluación territorial con un fuerte componente participativo e intersectorial. Esto debe traducirse en una re-construcción de la estrategia de RBC desde los actores locales y territoriales a fin de superar la asimetría entre el diseño e implementación”*.

Junto con lo anterior es necesario conocer cuál es la percepción que tienen los profesionales en cuanto a la preparación que presentan para enfrentar la práctica de la RBC, conocer su opinión respecto a las competencias necesarias para el desempeño profesional en este ámbito, lo que es de suma importancia, ya que como bien lo expone Ossandón (2014), las mallas curriculares actuales presentan serias carencias de ramos relacionados a la RBC, lo que podría provocar un distanciamiento de los futuros profesionales de salud con la RBC. También es importante conocer desde los profesionales que actualmente se desempeñan en la estrategia, las carencias identificadas al momento de enfrentarse a la RBC, y como han respondido ante esta carencia para darles r solución.

En definitiva y por lo anteriormente expuesto esta investigación se hace cargo de la necesidad de conocer los diversos caminos utilizados por los equipos locales , y los obstáculos identificados en el transcurso de la implementación de la estrategia RBC,

armonizando tanto los lineamientos propuestos nacional e internacionalmente, así como respetando el contexto de la comunidad en la que se realiza

1.2 Preguntas de investigación.

Para desarrollar esta investigación nos hemos propuestos las siguientes preguntas.

¿Cómo se implementa la estrategia RBC en los centros comunitarios del sector Sur de la Región Metropolitana?

¿Cuáles actividades intersectoriales contemplan los centros comunitarios que llevan a cabo la estrategia RBC?

¿Cuál es la valoración a las guías metodológicas para Chile propuestas por el MINSAL?

¿A qué responden los objetivos y orientaciones de la RBC EN Chile?

¿Cuál es el perfil de los profesionales de la Región Metropolitana para trabajar en la estrategia RBC?

¿Qué capacitación presentan los profesionales que trabajan en la estrategia RBC en la Región Metropolitana?

1.3 Relevancia de la investigación

Como estudiantes de kinesiología nos compete la calidad de vida de las personas, mejorar y/o mantener su autonomía, además de contribuir a la inclusión integral de las personas en situación de discapacidad.

Junto a esto es relevante mencionar que la estrategia RBC responde de manera positiva a la inclusión de las personas, por medio de una rehabilitación integral, ya que considera fundamental la relación persona-entorno tan significativa en la salud de las personas. Por esto los equipos que trabajan con dicha estrategia deben generar redes con distintas instituciones y disciplinas, las cuales permiten que las personas con discapacidad mejoren su autonomía, por medio del acceso a ayudas técnicas, además de mejorar el acceso a empleos (en caso de no tenerlos), acceso a pensiones y subsidios, entre otras acciones.

A pesar de todos los beneficios que logra en la salud de las personas, esta estrategia es un proceso nuevo en Chile, la cual ha tenido un lento desarrollo, además existen algunos vacíos en cuanto a la información, por lo que se desconoce cuánto de la estrategia RBC se está implementando, además de desconocer las características particulares de la modalidad de implementación que desarrollan los Centros Comunitarios de Rehabilitación en la Región Metropolitana. Por lo que no se logra construir una realidad de esta estrategia en la Región.

Por lo tanto, esta investigación es un aporte en área kinesiológicas, ya que busca conocer las diversas estrategias utilizadas por los equipos locales que trabajan con la RBC, identificar las falencias que han surgido en su implementación, las cuales necesitan ser indagadas en profundidad para hacer frente a ellas, además de dar la posibilidad de rebelar la importancia que tienen las casas de estudio en la formación de los futuros kinesiólogos Chilenos los cuales trabajarán con esta estrategia de rehabilitación. Lo anteriormente expuesto forma parte fundamental de un proceso que es clave para llevar a cabo un fortalecimiento de la información disponible de la RBC en Chile.

Capítulo 2: Objetivos de la investigación

2.1 Objetivo General

Evaluar cualitativamente la modalidad e implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en Centros Comunitarios de Rehabilitación de la zona sur de la Región Metropolitana, desde la mirada de los actores técnico-profesionales.

Caracterizar a los profesionales que se desempeñan en al estrategia RBC de los CCR del SSMS incluidos en el estudio

2.2 Objetivos Específicos

Identificar, desde la experiencia de los profesionales involucrados en el estudio, las actividades intersectoriales que contemplan los Centros Comunitarios de Rehabilitación que llevan a cabo la estrategia RBC

Develar la valoración que le entregan los equipos de los CCR, involucrados en la investigación, a las guías metodológicas para Chile propuestas por el MINSAL.

Identificar, desde los profesionales de los CCR involucrados en la investigación, los elementos locales de la estrategia que estén en concordancia con las orientaciones a nivel mundial.

Caracterizar la concepción de rasgos y capacidades desde los profesionales involucrados en el estudio, que debe tener quién se desempeña en la estrategia RBC

Conocer desde la perspectiva de profesionales que trabajan en CCR del sector sur de la Región Metropolitana, las capacitaciones que han recibido para su desempeño en los CCR

Capítulo 3: Marco referencial

3.1 Discapacidad

3.1.1 Evolución del Concepto de discapacidad

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2001, pone a disposición una nueva nomenclatura: La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, la cual define la discapacidad como “Un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación”, la cual logra relacionar la discapacidad con el proceso integral de rehabilitación. A través de esta clasificación, se pone de manifiesto que la discapacidad es una condición dependiente, sobre todo del ambiente, facilitador o entorpecedor en el que se encuentre una persona.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2006 (CDPD), es un instrumento de derechos humanos del siglo XXI, el cual señala “un cambio paradigmático” tanto de las actitudes como de los enfoques respecto de las personas con discapacidad. Este cambio de paradigma, hace referencia a generar un cambio en el cómo se ve a una persona con discapacidad, dejar de tener una mirada asistencialista y verlas como personas de derecho, para esto la convención incluye ámbitos fundamentales, como la accesibilidad, autonomía e independencia, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, la igualdad y la no discriminación, y la protección a grupos especialmente vulnerables, entre otros.

Mediante esta convención todos los países partes se comprometen a asegurar los derechos reconocidos en la convención mediante políticas, leyes y medidas administrativas, además se comprometen a combatir los estereotipos y prejuicios y promover la conciencia de las capacidades de esas personas, también tienen el deber de velar por la igualdad y la no discriminación ante una posible discapacidad, sea ésta física, intelectual o sensorial, entre otras obligaciones conforme a la convención.

3.1.2 Cómo responde Chile a la Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad.

En nuestro país el tema discapacidad ha sido abordado desde distintas miradas y modelos.

En Chile desde 1994 existe un marco legal para abordar la discapacidad, la ley N° 19.284, la cual daba respaldo a cada una de las políticas públicas sobre discapacidad en nuestro país, estableciendo normas para la plena integración social de las personas con discapacidad (SENADIS, 2013).

En el año 2008, al ser Chile uno de los estados partes de la convención, ratificó la convención de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad. A partir de esto, se asume un modelo que sea centrado en las personas, el respeto de sus derechos y el fomento de su independencia y autonomía. Lo que apunta al cambio paradigmático, expuesto anteriormente. Ante esto, cabe mencionar que este cambio de paradigma requiere que se hagan modificaciones, como el descentralizar la atención en la enfermedad y centrarla en las barreras que se presentan en el contexto de la persona, en las restricciones a la participación en la sociedad, en definitiva preocuparse de brindar las condiciones para eliminar las barreras y que de esta manera, la persona con su condición de salud tenga una adecuada interacción con los elementos contextuales, teniendo igualdad de condiciones frente a los demás.

Bajo este contexto, como país se deberá velar por la protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad, favorecer la inclusión social, oportunidades e independencia. Incluyendo una legislación antidiscriminatoria, rediseñando las políticas existentes, siendo un elemento fundamental al momento de aprobar nuevos programas la participación de personas con discapacidad, todo para conseguir el propósito de concientizar a la sociedad en su conjunto.

Como respuesta a lo anterior, es que nuestro país promulga la Ley N° 20.422, en febrero de 2010. Bajo esta ley es que surge la elaboración de un instrumento que aborde integralmente la temática y se transforme en una verdadera carta de navegación para la acción del Estado y una guía para nuestra sociedad, buscando la implementación de políticas que brinden la posibilidad de una completa inclusión, sin la existencia de políticas apartadas

para la discapacidad, que solo entregan beneficios sociales, si no que se busca la implementación de soluciones concretas, igualdad de oportunidades para todos, sin importar si se tiene o no discapacidad. Para conseguir esto, es imprescindible el trabajo integral e intersectorial. Todo esto se concreta mediante Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con discapacidad, la que tiene como objetivo *“contribuir a la generación de una cultura de respeto y resguardo de los derechos de las personas con discapacidad física, sensorial, mental y multidéficit, promoviendo su participación efectiva en la vida cívica, educacional, económica, social y cultural, dentro de un marco que garantice a los principios de igualdad de oportunidades, corresponsabilidad, respeto a la diversidad, autonomía, diálogo social, y territorialidad, que permitan su plena inclusión social”*(SENADIS, 2013), y que a su vez establece objetivos específicos en salud, promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, educación, atención temprana, investigación, desarrollo e innovación, accesibilidad universal, capacitación e inclusión laboral, acceso a la justicia, adecuaciones normativas, Promoción de Derechos y Generación de Conciencia sobre Discapacidad en la Sociedad, Participación en la Vida Política y Pública y en Cultura, Recreación, Esparcimiento y Deporte.

Para llevar a cabo lo antes mencionado, es imprescindible la actuación del SENADIS, al cual la Ley N° 20.422 le confiere la responsabilidad de asesorar técnicamente al Comité Interministerial de Desarrollo Social en materia de discapacidad, comité que es creado por la Ley N° 20.530, en la elaboración de la Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y en la evaluación periódica de todas aquellas acciones y prestaciones sociales ejecutadas por distintos órganos del Estado que tengan como fin directo o indirecto la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad. El comité interministerial está conformado por los ministros pertenecientes a Desarrollo Social, quien lo preside, Salud, Educación, Justicia, Trabajo y Previsión Social, Vivienda y Urbanismo, Transporte y Telecomunicaciones.

La política para la inclusión social de las personas con discapacidad establece un desafío aun mayor, el cual apunta a una participación no solo de organismos públicos, sino que de la sociedad en su conjunto. En particular para la implementación, monitoreo y evaluación de esta política para la inclusión para el periodo 2012-2020, se requiere de la participación del Comité Interministerial de Desarrollo Social, Consejo Consultivo de la Discapacidad, constituido por el (la) Director(a) Nacional del Servicio Nacional de la

Discapacidad, cinco representantes de organizaciones de personas con discapacidad de carácter nacional, Sector Público, Sector Privado y Sociedad Civil. Todo esto con el propósito de que las políticas realmente cumplan con sus principios, de brindar una mejor calidad de vida a las personas con discapacidad mediante la participación y el dialogo social de las personas involucradas y el trabajo intersectorial.

3.1.3 Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) como respuesta a la Discapacidad

Como ya fue mencionado, la convención sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad propone un cambio de paradigma en relación al abordaje de la discapacidad, para ello una de las herramientas con las que se lleva a cabo este cambio de paradigma con respecto a la atención de las personas con discapacidad es la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).

La RBC está asociada al modelo de APS, el cual surge desde la asamblea mundial de la salud desarrollado en Alma Ata el año 1978. Este modelo se caracteriza por una mirada holística de los factores sociopolíticos de la salud, el desarrollo de conceptos de prevención y promoción de salud, además de la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios. La comprensión de la discapacidad como una cuestión social fue incluida en la RBC, en contraste con el enfoque biomédico que predominó hasta los años setenta del siglo XX (Diaz, 2013). Desde entonces la RBC ha sido impulsada con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios y programas de rehabilitación, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de discapacidad y la plena participación de las personas con discapacidad.

El concepto de RBC fue estudiado por la OIT, UNESCO y la OMS, estableciendo los objetivos principales de la estrategia, los cuales son:

- “1. Asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarios y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general.
2. Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, como por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación”.

“La Rehabilitación Basada en la Comunidad, fue 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”. (OMS, 2012)

Con el tiempo, a nivel mundial se ha convertido en una estrategia multisectorial, llevándose a cabo mediante los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes en materia sanitaria, social, educativa y formativa, entre otras, para atender las necesidades más amplias de las personas con discapacidad, para que puedan acceder a los servicios sociales, educativos, sanitarios, entre otros , asegurando su participación e inclusión en la sociedad y mejorando su calidad de vida (OMS, 2012).

3.2 Implementación Mundial de la Estrategia de Rehabilitación Basada En La Comunidad (RBC)

3.2.1 Guías para la RBC

3.2.1.1 Antecedentes

En noviembre del 2004, la OMS, la OIT y la UNESCO invitaron a 65 expertos en discapacidad, desarrollo y RBC desarrollar las Guías para la RBC (OMS, 2012). Estas guías se realizaron en base a las recomendaciones propuestas el año 2003 por la consulta internacional para la revisión de la RBC en Helsinki y por el documento de posición conjunta elaborado en 2004 por la OIT, UNESCO y la OMS. En la reunión se elaboró la Matriz de RBC, la cual permitió guiar la estructura y alcance para las guías en las cuales no solo se incluyen recomendaciones para la rehabilitación y trabajo en salud, sino que también promueve la inclusión de las personas en situación de discapacidad en todos los sectores de desarrollo. Es por lo anterior que se incluyen 7 guías, la primera es la introducción en el cual se plantea un panorama general de la discapacidad, RBC y su matriz; las guías de la 2 a la 6 examinan los componentes de la matriz RBC (Salud, educación, subsistencia, social y componente de fortalecimiento), y por último una guía complementaria que cubre cuatro temas: VIH/SIDA, salud mental, lepra y desastres. Más de 150 personas contribuyeron al contenido de éstas guías, siendo el 19 de mayo del 2010 cuando se aprobó la publicación de

las guías para la RBC, y se menciona que el contenido de las guías será válido hasta el año 2020 (OMS, 2012).

Estas guías brindan a los administradores de RBC, entre otros, sugerencias prácticas de cómo desarrollar o fortalecer los programas de RBC, asegurando que las personas con discapacidad y los miembros de su familia tengan acceso a los beneficios de los sectores de la salud, educación, subsistencia y sector social.

3.2.1.2 *Objetivos*

Según lo que plantea la OMS los principales Objetivos de las guías son:

Brindar orientación sobre cómo desarrollar y fortalecer los programas de la RBC, siguiendo el Documento de Posición Conjunta sobre RBC y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- Promover la RBC como una estrategia para un desarrollo inclusivo basado en la comunidad, contribuyendo a incluir la discapacidad en las iniciativas de desarrollo y, en particular, para reducir la pobreza.

- Apoyar a los interesados a satisfacer las necesidades básicas y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias; facilitándoles el acceso a la salud, la educación, la subsistencia y al sector social.

- Motivar a los interesados para facilitar el fortalecimiento de las personas con discapacidad y sus familias, promoviendo su inclusión y participación en los procesos de desarrollo y tomar decisiones

(OMS, 2012).

3.2.1.3 *Matriz de la RBC*

Debido a que la RBC es una estrategia de enfoque multisectorial es que en el año 2004 se desarrolló una matriz para ofrecer un marco común para los programas de RBC. Como se mencionó anteriormente son 5 los componentes claves de la matriz de RBC: salud, educación, subsistencia, componente social y fortalecimiento. Además cada componente presenta cinco elementos, de los cuales los primeros cuatro se relacionan con sectores de

desarrollo claves. El último elemento se vincula con el fortalecimiento de las personas en situación de discapacidad, sus familias y las comunidades.



Figura 1. Matriz RBC (OMS, 2012)

Además la OMS señala que no se espera que los programas de RBC puedan realizar todos los componentes y elementos expuestos anteriormente, si no que permite que puedan seleccionar las mejores opciones para satisfacer sus necesidades.

3.2.1.4 Elementos claves para la RBC.

Por otro lado las guías de RBC proporcionan conceptos claves para entender de mejor forma como debería implementarse dicha estrategia, de los cuales seleccionamos los más atingentes para nuestra investigación explicando su contenido.

3.2.1.4.1 Ciclo de administración.

Junto con brindar un marco de referencia para los programas RBC y pese a que cada programa de RBC continuará demostrando diferencias particulares, por ser influenciado por una gama de factores, por ejemplo físicos, socioeconómicos, culturales y políticos de cada

país (OMS, 2012). las guías proporcionan una secuencia universal de las etapas que guían el desarrollo de un programa RBC, las cuales son conocidas como ciclo de administración e incluye 4 etapas, las cuales se presentan a continuación:

Etapa 1: Análisis de la Situación. Esto ayuda a contextualizarse sobre la situación en la cual viven las PcD y sus familias, permitiendo que participen desde el inicio en el ciclo de administración, lo que permite determinar las acciones a realizar por el programa RBC y el sentido de pertenencia de las personas.

Etapa 2: Planeación y diseño. Una vez teniendo clara la situación de las PcD y la comunidad, se comienza con esta etapa, la cual permite asegurar que sean considerados todos los aspectos dentro del programa, se prepara un mapa claro (o un plano) para lograr una meta deseada, se consideran los sistemas de evaluación y se identifican los recursos necesarios para cumplir con el plan del programa de la RBC (OMS, 2012).

Etapa 3: Puesta en práctica y supervisión. Es importante supervisar continuamente el progreso del programa de la RBC, ya que ayuda en la toma de decisiones y hacer cambios en la planeación propuesta en la etapa 2, lo que permitirá tener los resultados esperados del programa. Además ésta etapa contempla la contratación de Recurso Humano la que indica que se deben seleccionar personas de la misma comunidad, además de contratar a PcD, pues esto demuestra un compromiso con la estrategia. Estas personas deben ser contratadas por sus conocimientos, destrezas y habilidades para realizar el trabajo. Sumado a esto en los casos en que los recursos financieros son limitados, también se pueden considerar reclutar a voluntarios. Junto con lo anterior se suman las capacitaciones que requiere el personal del programa RBC, las cuales les permiten tener una amplia gama de conocimientos para realizar de la mejor forma posible sus funciones, Además estas capacitaciones se requieren ya que el desarrollo de las guías para la RBC va a requerir que se actualicen y fortalezcan.

“La capacitación puede cubrir una amplia gama de áreas, incluyendo: derechos de las personas con discapacidad, desarrollo comunal y prácticas inclusivas, comunicación, destrezas básicas de rehabilitación, por ejemplo, identificación, detección y evaluación básicas y actividades básicas de terapia, y procesos grupales” (OMS, 2012).

Etapa4: Evaluación. Corresponde a la etapa final del ciclo de administración, permite determinar los resultados incluidos en el plan del programa, permitiendo brindar importante

evidencia de que la RBC es una estrategia que permite la igualdad de oportunidades, reducir la pobreza y lograr la inclusión social de las PcD.

Dichas etapas no presentan un enfoque fijo que todos los programas que trabajan con la RBC deben seguir, si no que ofrece las guías necesarias sobre cómo se debe desarrollar el programa.

3.2.1.4.2 Inicio

Dentro de estos conceptos claves la OMS propone que el Inicio de la RBC puede darse por un estímulo desde fuera de la comunidad, sin embargo su origen esté dentro o fuera de esta se debe asegurar que los recursos sean los disponibles para implementarla y que la comunidad esté lista para desarrollar y poner en práctica el programa. Junto con lo anterior se plantea el desarrollo de alianzas con interesados de distintas redes responsables de cada componente de la Matriz, para que el programa sea desarrollado de forma completa, además cada interesado debe ser motivado a asumir la responsabilidad de asegurar programas inclusivos y que estos respondan a las necesidades de las PcD, sus familias y comunidades.

3.2.1.4.3 Cobertura geográfica

En cuanto a la cobertura geográfica, los programas pueden ser locales, regionales o nacionales y además el tipo de cobertura dependerá de quién está llevando a la práctica dicho programa, cuales son las áreas de intervención y cuáles son los recursos disponibles. Junto con lo anterior la OMS plantea que no se ofrece una estructura administrativa general para la RBC, es por esto que cada programa de RBC decidirá cómo administrar sus propios programas. (OMS, 2012). Además se destaca la importancia de que todos los interesados en el programa RBC estén activamente involucrados en las etapas del ciclo de administración, especialmente las PcD y los miembros de su familia esto aportará a que el programa responda a las necesidades de la comunidad y a sostenerlo a largo plazo.

3.2.1.5 Elementos para mantener la RBC en el tiempo

Aunque la experiencia ha demostrado que los programas liderados y/o apoyados por programas de los gobiernos tienen mayor alcance y se sostienen mejor, los programas

liderados por la sociedad civil hacen que la RBC sea más apropiada, lo que ratifica una mejor participación comunal y un sentido de pertenencia. La RBC ha sido más exitosa cuando se cuenta con el apoyo de los gobiernos y además cuando se responde a factores locales como la cultura, finanzas, además incluyendo a autoridades locales y organizaciones de PcD.

Además para sostener un programa RBC se necesita que los administradores de RBC presenten liderazgo, administración efectiva, que tengan compromiso y cuenten con el respeto de los grupos interesados y la comunidad, entre otros, ya que esto permite lograr las metas y resultados del programa, así mismo se expone que el trabajar en alianzas contribuye a utilizar de mejor forma los recursos existentes y sostener de mejor forma los programas RBC, logrando una amplia gama de conocimientos y destrezas, recursos financieros y mayor representación para influir en la legislación y políticas gubernamentales relacionadas con las PcD, ya que al trabajar de forma separada se corre el riesgo de competir con otros programas dentro de la comunidad duplicando servicios y gastando valiosos recursos. El sentido de pertenencia de la comunidad también juega un rol fundamental para que los programas de RBC sean exitosos así como también motivando a las comunidades a usar sus propios recursos para abordar sus problemas, reduciendo así la dependencia en los recursos humanos, financieros y materiales que provengan de fuentes externas.

Otro punto clave es considerar los factores culturales locales en donde se desarrollan los programas ya que tanto las costumbres y tradiciones pueden provocar resistencia a los programas de RBC por lo que es importante considerar cómo se atenderá esta resistencia, ya sea adaptando los programas y actividades al contexto. También se deben desarrollar las capacidades de los interesados para planear, llevar a la práctica, supervisar y evaluar los programas de la RBC (OMS, 2012).

Por último el apoyo tanto financiero y político son considerados relevantes para el desarrollo sostenible de la RBC, es por esto que es importante desarrollar fuentes estables de financiamiento, como incluir el apoyo directo o aportes desde el gobierno, o presentar proyectos a donantes nacionales o internacionales, patrocinios o ingresos por autogestión. Además incluir a nivel nacional una política de RBC, un programa nacional de RBC, una red RBC y el apoyo presupuestario necesarios para sostener la RBC, lo que permite asegurar beneficios duraderos para las PcD en su acceso a los servicios y oportunidades en los sectores de los cinco componentes de la Matriz RBC.

3.2.1.6 Crecimiento en escala de los programas RBC

Que un programa crezca en escala significa que el impacto de un programa exitoso se pueda extender a más personas. Esto tiene diversos beneficios, como por ejemplo el poder cubrir a personas con diversas discapacidades que presentan necesidad de atención, crear una mayor conciencia de la discapacidad en la sociedad, lo que puede aumentar el apoyo a los cambios en las políticas. Para favorecer el crecimiento de los programas de RBC la OMS recomienda: Demostrar la efectividad del programa; aceptación por parte las PcD y los miembros de sus familias; aceptación de la comunidad; recursos financieros suficientes, y por último legislación y políticas claras. (OMS, 2012).

3.2.2 Diversidad de Implementaciones de la RBC en Latinoamérica

Al menos 50 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad en América Latina y el Caribe, aproximadamente un 10% de la población (Banco Mundial, 2009).

Es importante mencionar que la discapacidad es un factor importante de la pobreza, además de la exclusión social, económica y política que vivencian, quedando con una participación minoritaria dentro de la comunidad. En definitiva la discapacidad es causa y consecuencia de situaciones de pobreza.

Es por esto que se hace necesario que la Rehabilitación Basada en la Comunidad fuese instaurada en América Latina, lugar en que fue desarrollada con el acompañamiento de la OPS, con diferentes experiencias.

Dado que la RBC se adapta según el contexto, dependiendo de la comunidad que la ha implementado, es que hay muchas vivencias para rescatar, las cuales nos sirven para conocer como han implementado dicha estrategia, respetando sus culturas, necesidades por lo que hemos tomado 3 países de la región para conocer sus realidades relacionada a esta estrategia, ya que son diferentes visiones de cómo ha surgido y llevado a cabo la RBC, cumpliendo el objetivo de la inclusión de las PsD. Rescatando su forma de implementación de dicha estrategia, dependiendo de su cultura, necesidades, participación comunitaria y su contexto en general.

Colombia al ser un estado que suscribió la convención de los derechos de las personas en situación de discapacidad, ha implementado la estrategia RBC, generando políticas públicas en su entorno y diversos procesos de sistematización sobre la estrategia, permitiendo construir conocimientos y compartir experiencias con otros países de la región Latinoamericana que han implementado dicha estrategia (Ministerio de salud y protección de Colombia, 2014). En el 2009, mediante movilizaciones, encuentros nacionales de RBC y el posterior manifiesto de los resultados de estos encuentros, y la conformación de red de redes de RBC en Colombia, se comenzó a trabajar en los lineamientos nacionales de rehabilitación Basada en la Comunidad, como respuesta a la problemática que presentaba la RBC la cual requería aunar criterios que conjugaran los diferentes enfoques existentes de manera de institucionalizarlos y responder a las directrices de la OMS en cuanto a su implementación. Estos lineamientos permitirán a los diferentes actores que trabajan la estrategia tener las claridades, precisiones y orientaciones frente a que es, como implementarla, que actores involucrar, entre otros aspectos, facilitando una mejor gestión de los programas que se desarrollen, en pro de la inclusión de la población con discapacidad, sus familias y/o cuidadores y comunidades, a partir del reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad de nuestro país”(Ministerio de salud y protección de Colombia, 2014), generando con esto, la manifestación del compromiso político del Gobierno Nacional con la Rehabilitación Basada en la Comunidad.

Por otra parte, en México han abordado el tema de la Rehabilitación con Base Comunitaria mediante el equipo Piña Palmera, no siendo parte de un trabajo gubernamental, se mantiene a través de donaciones de organizaciones nacionales y extranjeras y personas privadas (Piña Palmera, 2009)

Este equipo que trabaja desde 1984 en discapacidad, partió siendo una acción con las propias personas en situación de discapacidad, pero posteriormente se integró a las familias en el trabajo y ya en 1993 analizaron el beneficio que significaría el trabajar en el proceso de rehabilitación también con la comunidad, ya que al no solo trabajar con la persona en situación de discapacidad e incluir a toda la comunidad se reconocen y fortalecen las capacidades de esta, permitiendo generar vinculación y responsabilidad de parte de todos las personas en el proceso de rehabilitación de una PsD, dejando de ser solo receptores pasivos. Para llevar a cabo esta vinculación con la comunidad se usó como base el programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad propuesto por la OMS, solo se hizo necesario adaptar la estrategia RBC al contexto y necesidades de la zona sur del estado de Oaxaca.

Para iniciar con la revisión del programa RBC propuesto desde la OMS conformaron un equipo multidisciplinario con trabajadores sociales, auxiliares de terapia (personal local capacitado por terapeutas), terapeutas físicos profesionales, una enfermera; todos ellos trabajadores del centro infantil Piña Palmera¹ con mucha experiencia en terapia física, de lenguaje y aprendizaje, y el manejo de lenguaje de señas. Para coordinar este programa se integró una Antropóloga con experiencia en procesos comunitarios. Permitiéndoles hacer un estudio crítico del manual de la OMS, en donde bajo su visión se lleva a cabo una estructura más vertical, minimizando la participación de la persona en situación de discapacidad, su familia y comunidad, pudiendo así, como equipo, adaptarlo a un trabajo más participativo y colectivo y dejando como nombre “Rehabilitación Basada en y con la Comunidad”.

La última experiencia que destacaremos es la de Costa Rica, donde se ha desarrollado el proyecto Káloie, que tiene como significado “todos somos frutos de la misma tierra”, el cual se desarrolla mediante un convenio de cooperación entre el consejo nacional de rehabilitación y educación especial y la agencia de cooperación internacional de Japón, desde el año 2007. En esta experiencia han utilizado como nombre de la estrategia como “Desarrollo Inclusivo Basado en Comunidad” y dejar de lado el de Rehabilitación Basada en Comunidad, ya que han considerado que el nombre de RBC se basa en un paradigma de discapacidad ampliamente superado. Ha sido un proyecto el cual se ha desarrollado con la participación activa de las personas en situación de discapacidad y de la comunidad, organizándose para exigir los derechos colectivos de las personas en situación de discapacidad para cumplir con los objetivos de esta estrategia, con lo que además han conseguido fortalecer la participación de instituciones gubernamentales. Los aprendizajes y experiencias exitosas de este proyecto han dado paso a la construcción de una sociedad más inclusiva y a la propuesta de implementación de políticas nacionales que respalden esta estrategia.

¹Organización civil legalmente constituida sin interés político o religioso (una ONG)

3.3 Implementación de la RBC en Chile

3.3.1 Antecedentes.

Como señala Soto (Guajardo, 2014) “El diseño chileno, coincide con la visión de la RBC como herramienta de inclusión, construcción y reconstrucción de redes sociales que la OPS/OMS propone, valorando la acción intersectorial, focalizándose en las acciones de habilitación/ rehabilitación en la intervención, concebida como un instrumento de desarrollo humano, social y económico”. Sin embargo el desarrollo de la RBC en Chile fue tardío en comparación al desarrollo internacional, ya que recién en el año 1994 se comienzan a abordar los temas de discapacidad en Chile por medio de la promulgación de la ley 19.284, guiada por las Normas Uniformes publicadas un año antes por la ONU (Ossandón, 2014), la cual constituye un cambio de visión de la discapacidad, logrando incorporar el contexto, abarcando por primera vez todos los aspectos de la vida de una persona con discapacidad. Nueve años después de promulgada dicha ley, es decir el año 2003 es que el MINSAL impulsa el desarrollo e implementación de proyectos y programas de RBC en centros de APS con financiamiento de la cooperación Japonesa. Así se comienza a incorporar la estrategia desde la política pública (Fondo Nacional de Discapacidad, 2006).

Ya en el año 2004 el MINSAL lleva a cabo un conjunto de compromisos destinados a producir grandes cambios en la situación de las personas con discapacidad. Estos compromisos incluyen desarrollar una Política Nacional de Rehabilitación y Discapacidad además de desarrollar un sistema de rehabilitación física y sensorial basada en la comunidad con respaldo de manuales y guías cónicas. Asimismo realiza una serie de actividades para reforzar las acciones sanitarias y de coordinación para la prevención y detección de la discapacidad. En base a éstas acciones es que una de las actividades realizadas es el desarrollo de un documento base de la Política de Discapacidad y Rehabilitación con el apoyo de expertos Japoneses, quienes además asesoraron el desarrollo del mismo documento en conjunto con el equipo técnico del MINSAL (Fondo Nacional de Discapacidad, 2006), el cual fue entregado el año 2006. Además existe un mejoramiento de la oferta efectiva de servicios de rehabilitación a nivel local implementando la estrategia RBC en cooperación con la embajada de Japón.

Durante el 2005 el MINSAL reforzó la Unidad de Discapacidad y Rehabilitación y en el marco de la Reforma estableció su dependencia en la Subsecretaría de Salud Pública

(Fondo Nacional de Discapacidad, 2006). Además el mismo año y en conjunto con el INRPAC realizó dos publicaciones: “Procedimientos Clínicos en Rehabilitación” y las “Guías de Cuidados Básicos de rehabilitación”. Estas publicaciones corresponden al proyecto de rehabilitación del INRPAC con financiamiento de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y el proyecto FONADIS² de Formación de Cuidadoras básicas.

A partir del 2006 se cuenta con una plataforma estable de RBC, que permite proyectar acciones preventivas en atención primaria, por ejemplo la derivación y/o co-intervención de los casos detectados de retraso en el desarrollo psicomotor en prematuros hipoacúsicos con peso menor a 1500 gramos. Es por lo anterior que podemos decir que la RBC se ha impulsado a través de la Red de APS. Además la estrategia cuenta con el respaldo de recursos de proyectos de Cooperación Japonesa y de reforzamiento vía proyectos Financiado por FONADIS (Fondo Nacional de Discapacidad, 2006). Éste mismo año y tras el desarrollo de la negociación presupuestaria de la dirección de presupuestos de Hacienda dirigido por la Señora Jacqueline Canales y además por la negociación y análisis estratégico hecho con el Subsecretario de Redes asistenciales de la época, Dr. Ricardo Fábregas, se decide mantener la alternativa de las Salas de Rehabilitación Integral, orientadas hacia problemas músculo esqueléticos, inicialmente llamado Programa de Atención Musculo Esquelética (PAME) y simplificar transitoriamente el equipo asociado a los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) (Soto, 2014).

Por otro lado en el año 2007 ya son 10 los servicios de salud que han incorporado la estrategia de RBC en su red (Fondo Nacional de Discapacidad, 2006). Además se encuentra en gestión el apoyo de JICA para el desarrollo técnico de los equipos de RBC, con lo cual se incorporan al trabajo de los CCR voluntarios Japoneses quienes contribuirán a la capacitación en servicio de los equipos de trabajo.

Más adelante, en el año 2009 el MINSAL actualiza la información publicada en 2007, además entrega orientaciones metodológicas para el trabajo de rehabilitación integral en el país, en estas se entregan elementos conceptuales y pasos metodológicos para adoptar la RBC como estrategia. Así, el MINSAL establece que algunos CCR comenzarán con la atención de problemas de salud física hasta finalmente incorporar el modelo de RBC

² FONADIS: Fondo Nacional de discapacidad remplazado por el Servicio Nacional de Discapacidad el año 2010, producto de la promulgación dela ley 20.422.

completo, en el corto y mediano plazo. A modo de síntesis de los trabajos anteriores es que el año 2010 se publican las “Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las Estrategia de Rehabilitación en APS 2010-2012”, estas orientaciones entregan elementos conceptuales que pretenden incorporar la estrategia de RBC en el desarrollo de la red pública. Por último el MINSAL plantea como horizonte el año 2014 para cumplir con la implementación de los programas de RBC, ejecutados principalmente por los CCR. Además el mismo año se dicta la ley 20.422 la cual establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, En ella se exponen “estrategias que apuntan a la disminución de discriminación por razón de discapacidad y la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, educacional, laboral, económica, cultural y social” (Soto, 2014)

A pesar de las medidas implementadas por los distintos gobiernos y las estrategias que apuntan a posicionar la RBC como método de rehabilitación en el país, la realidad indica que las políticas no se condicen estrictamente con lo que ocurre realmente en los centros de salud en Chile. Además, las orientaciones apuntan el cumplimiento de objetivos planteando como límite el año 2014 (Ossandón, 2014).

3.3.2 Guías Nacionales para la RBC

El modelo chileno para desarrollar la RBC se obtiene principalmente por medio de Salud, del trabajo local del municipio, trabajo comunitario e intersectorial. Es por esto que el MINSAL propone las “Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en APS”. Estas orientaciones se consideran una síntesis y avance de los trabajos publicados anteriormente por el MINSAL.

En las guías se pone de manifiesto que desarrollar una rehabilitación Basada en la comunidad es un proceso paulatino y progresivo, el cual debe ser integral y de forma continua con las redes de salud. Estas orientaciones pretenden entregar elementos conceptuales para incorporar la estrategia de RBC en el desarrollo de la red pública de salud (Ossandón, 2014) en el periodo 2010-2014. Además permiten a los equipos avanzar con claridad hacia el objetivo final, que se espera de ellos y de su trabajo para realizar las diferentes etapas. Como plantea el MINSAL no constituyen una norma, si no que pretenden facilitar su implementación respetando la realidad de cada Servicio de Salud.

3.3.2.1 *Objetivos y metas del trabajo para el periodo 2010-2014*

Generales

1. Insertar el modelo de Rehabilitación Integral y posicionar a la rehabilitación biopsicosocial, como una línea estratégica de desarrollo en salud.
2. Aumentar la capacidad de respuesta de la red pública a las necesidades de rehabilitación de sus usuarios

Específicos

1. Consolidar las estrategias implementadas, desde el punto de vista técnico y de gestión.
2. Definir en conjunto con la red local y difundir protocolos de intervención a lo menos en los siguientes problemas de salud: AVE, parkinson, artrosis y artritis.
3. Difundir el programa a las autoridades de los Servicios de Salud, salud comunal, equipos de salud, organizaciones sociales.
4. Apoyar la implementación de los CCR que inician su actividad.
5. Monitoreo, evaluación y acompañamiento permanente.

(Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010)

3.3.2.2 *Metodología para la implementación de la estrategia RBC*

3.3.2.2.1 Equipo de trabajo

El primer paso para implementar la estrategia consiste en constituir el equipo de trabajo, los profesionales que forman parte de él estarán a cargo del desarrollo de planes terapéuticos de rehabilitación. La diversidad o cantidad de profesionales debe estar en sintonía a las realidades específicas a nivel local. Según el MINSAL (2010) estos deben ser: kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Asistente Social, Médico de Familia o General, Nutricionista, Enfermera, Psicólogo. Las Primeras tareas de éste equipo consisten principalmente en contactarse con los equipos del propio establecimiento, con profesionales

de otros centros que derivan a éste equipo de trabajo para sensibilizarlos con la tarea que inicia éste nuevo equipo de trabajo. Además deben identificar a los principales actores locales, tales como autoridades, ONG, u organizaciones sociales con el fin de explicitar ésta estrategia de Rehabilitación integral. Por último generar un Mapa estratégico para identificar las posibles redes de apoyo para involucrarlos en un trabajo integrado y colaborativo, y comenzar a trabajar con las personas y/u organizaciones más motivadas.

Para poder coordinar el centro se plantea que el equipo rehabilitador debiese tener dos grupos, un grupo eje, el cuál debe transmitir los conocimientos y herramientas para que el grupo se independice y el segundo grupo sería el grupo transicional, el cual apoya las iniciativas del grupo eje y adquiere destrezas para ser posteriormente grupo eje.

El rol de éste equipo es ser asesor, facilitador, guía de la persona con discapacidad y su familia y de enlace con la red de salud e intersectorial para lograr la inclusión social y el logro de todos los derechos que le corresponden (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010).

3.3.2.2.2 Estudio de la Demanda del CCR y organización de la atención

El segundo paso para implementar ésta estrategia es realizar un estudio de la demanda del CCR y organizar la atención. Este requiere incorporar los elementos obtenidos en el diagnóstico comunitario participativo y mantener abiertos los canales de participación de todos los actores relevantes, contar con redes intersectoriales estructuradas, mesa de trabajo con educación, ONGs, empresarios, organismos de capacitación asociados a SENCE, otras entidades de salud Teletón, Hogar de Cristo, etc. (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010) , donde cada actor debe asumir su responsabilidad para lograr el objetivo final que es la inclusión social. Lo anterior se debe a que el equipo de salud en el ámbito de la atención primaria que utiliza la estrategia RBC se preocupa de que las PsD logren la funcionalidad, independencia en sus AVD , es decir cumplir una parte de la rehabilitación para lograr el objetivo final. Otra herramienta necesaria para la autonomía e inclusión social es el trabajo comunitario, el cual cuenta con cuatro etapas: Diagnóstico participativo, programación participativa, ejecución participativa y evaluación participativa. Estas etapas permiten que las personas, familias y comunidades puedan acceder en primera instancia a sus derechos y

en segunda instancia a generar proyectos productivos, recreativos o colocación laboral entre otros.

Los servicios asistenciales y comunitarios que ofrecerá el CCR depende de la población. Las necesidades de rehabilitación pueden surgir tanto desde la demanda espontánea al CESFAM, desde nivel secundario y terciario, desde organizaciones sociales locales o como demanda oculta. Además el trabajo con hospitales de referencia, el CDT O CAE permite conocer la potencial demanda, así como también información que provenga desde la oficina de discapacidad y la información de Chile Solidario que maneja el municipio, en el cual se encuentran personas en estado de dependencia.

Además de conocer la potencial demanda es necesario conocer las brechas existentes, para esto se realiza una planificación sanitaria, la cual es necesaria, ya que los recursos son limitados y la demanda puede ser inagotable. Esta planificación permite priorizar los problemas de salud y la población de mayor riesgo, lo que permite definir la oferta de servicios lo que permite definir:

Nº de horas de recursos humanos (Kine, To, asistente social, médico, etc)

Nº de horas asistenciales a la semana

Nº personas a atender por hora (individual y grupal)

Nº de horas visitas domiciliaria

Nª de horas de trabajo con grupos

Nº de horas destinadas a la formación de monitores

Definir los tiempos para cada actividad a realizar, incluyendo reuniones de equipo, reuniones con el intersector, etc.

Si la demanda difiere de la oferta de servicios que es entregada se establecen nuevas estrategias, tales como, atención por patología, definir estrategias de trabajo grupal, formación de monitores, Mantención de flujos de referencia y contra referencia expeditos, entre otras.

Además los equipos que constituyen el CCR deben tener un plan de trabajo anual, el cual debe contener: Diagnóstico, objetivos generales y objetivos específicos, estrategias, evaluación y plan de capacitación

3.3.2.2.3 Desarrollo del Proceso de capacitación de Servicios de Salud

El último punto del plan de trabajo anual del CCR es muy relevante, ya que el equipo debe tener la capacidad de liderazgo en el tema de discapacidad y rehabilitación, para poder asesorar y realizar las actividades asistenciales tanto con las PsD como con sus familias. Estas capacitaciones apuntan a que los profesionales puedan desarrollar visitas domiciliarias integrales, Consejerías familiares, Incorporar a las familias a un equipo de cabecera a cargo y por último poder dar apoyo constante a los cuidadores.

3.3.2.2.4 Gestión local del equipo de rehabilitación

Las gestiones que realizan los equipos contribuyen entre otras cosas a apoyar el trabajo de la comisión de discapacidad de las comunas, poder incorporar a los grupos organizados de usuarios a la planificación y evaluación de servicios locales de rehabilitación, articular las redes intersectoriales locales para incluir a los usuarios ya sea en el ambiente social, laboral, escolar, según corresponda. Por último las gestiones realizadas permiten capacitar al equipo en temas de discapacidad y rehabilitación.

3.3.2.2.5 Formación de monitores de salud especializados en el cuidado de PsD

Junto con lo logrado por las gestiones de los equipos la formación de monitores de salud especializados en el cuidado de personas en situación de discapacidad es relevante en el trabajo del CCR, ya que los monitores son el hilo conductor de los servicios sociales modernos, los que permiten mantener a las personas junto a sus familias y comunidad, apoyando o relevando a los cuidadores de PsD que suelen ser mujeres, para que realicen sus trámites, diferentes tareas o realizar actividades recreativas.

3.3.2.2.6 Comunicación

Democratizar el conocimiento es un cambio cultural a largo plazo, proceso al cual puede contribuir el equipo, ya que la comunicación no sólo debe realizarse dentro del equipo, también implica transferir conocimientos hacia la comunidad sobre lo que es la discapacidad y rehabilitación. Como señala el MINSAL (2010) Muchas experiencias de este tipo han fracasado por quedar aisladas y encerradas en si mismas

3.3.2.2.7 Gestión del Servicio de Salud

Dentro de las acciones que debe gestionar el Servicio de salud se encuentra la constitución de la re de rehabilitación, creando vínculos de trabajo entre los participantes de dicha red, para que todos conozcan la complejidad de cada establecimiento, los servicio que entregan y los mecanismos de relación entre ellos, lo que constituye la Cartera de Servicios de rehabilitación. Además el servicio de salud debe establecer los mecanismos de referencia y contrareferencia, mecanismos formales de comunicación de la red, un plan de trabajo conocido por el CIRA, junto con esto además debe incorporar el tema de la discapacidad en la programación local y en el plan estratégico de salud. Las orientaciones también plantean que establecer flujogramas con todos los actores involucrados en el proceso. Dicha red también puede incluir otras instituciones privadas.

3.3.2.3 Trabajo en red

Como ya se ha mencionado la discapacidad debe ser abordada por todos los sectores y además requiere un enfoque transversal y el trabajo en red, lo que contribuye a optimizar los recursos del estado y lograr plenamente la inclusión social.

Las redes son sistemas abiertos, admiten el ingreso y egreso de las singularidades que lo componen, así como también permiten cambios en las funciones que éstas desempeñan, característica que hace que la red rechace la compartimentalización, la multicentralidad de la red modifica el paradigma de la pirámide, donde todo debe partir y converger en un centro único. (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010). Los códigos básicos para realizar un trabajo en red son los siguientes: Diversidad, pluralidad, interacción, dinámica interdisciplinaria, flexibilidad, negociación, democracia,

convocatoria, sustentabilidad, compromiso, transparencia, cooperación, creatividad, innovación, equidad, solidaridad (Dabas & Perrone, 1999).

3.3.2.4 *Flujogramas para el manejo de los síntomas osteomusculares en la atención primaria de salud*

Las Orientaciones Metodológicas también presentan flujogramas orientados al manejo en la atención primaria de los síntomas osteomusculares. Estos flujogramas fueron diseñados por el equipo del Servicio de Salud Sur y pretenden dar apoyo al médico de APS, derivación a kinesiología y la oportuna referencia al nivel secundario cuando sea necesario (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010). Cada Servicio de Salud debe modificarlos según su realidad local, según su oferta de especialistas y el acceso al uso de la imagenología y exámenes.

3.3.2.5 *Unidades Básicas de rehabilitación (UBR)*

Las Unidades básicas de Rehabilitación son el espacio físico asignado a las salas de RBC o CCR considerados en establecimientos de APS y hospitales comunitarios de salud familiar que posean una población asignada mayor de 12.000 personas. Son de 82 a 90 m² de superficie, además considera áreas de trabajo común para los profesionales y un área para el trabajo en AVD.

Los CCR son entendidos como *“una instancia de participación Comunitaria que aplicando la estrategia de RBC, acogen a la comunidad y en particular a las personas en situación de discapacidad (PsD) y su familia, articulando acciones y recursos de la comunidad para detectar y dar soluciones a sus propias necesidades de acuerdo a su realidad local, propendiendo a una real inclusión social.”* (INRPAC, 2010)

Hasta el año 2012 existían en Chile 143 CCR (SENADIS, 2012).

3.3.2.5.1 Modelo arquitectónico

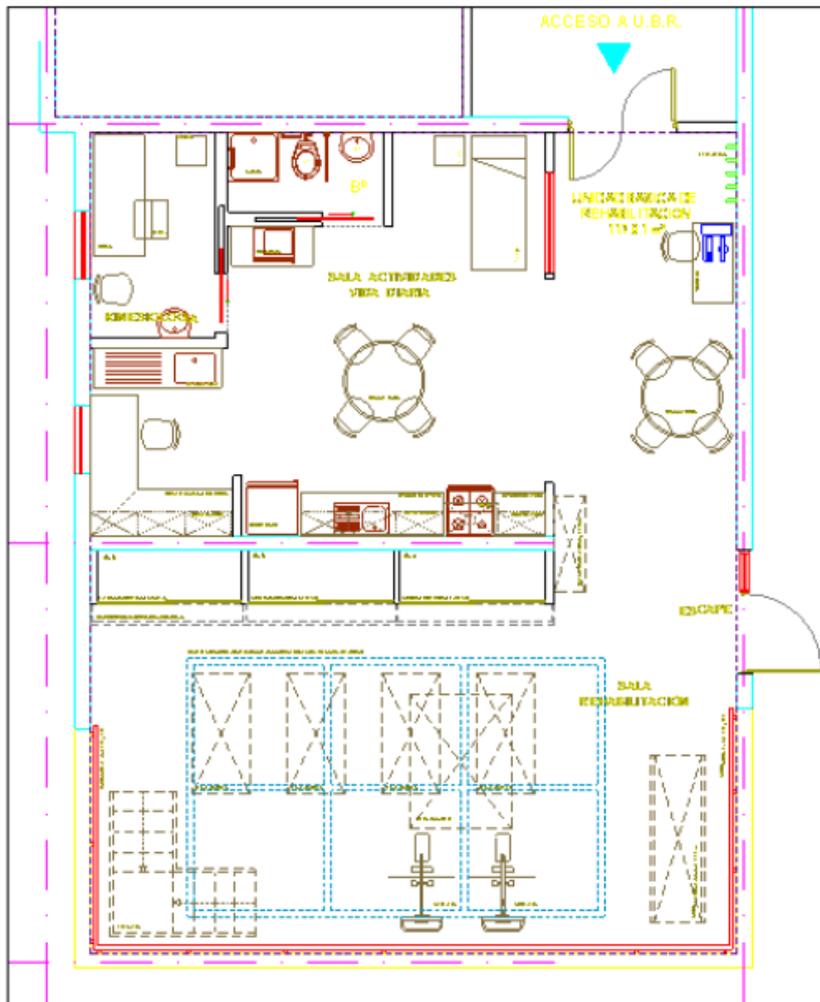


Figura 2. Modelo arquitectónico de una UBR (MINSAL, 2010)

El recurso profesional básico es una dupla profesional compuesta por un terapeuta ocupacional y un Kinesiólogo, si la población asignada es superior a 30.000 personas se suma otro kinesiólogo.

3.3.2.5.2 Implementación

La implementación de los CCR responde a criterios de efectividad de las terapias ofrecidas, también responde a la posibilidad del sistema de entregar la intensidad de tratamiento en la dosificación terapéutica y disminución de los riesgos de eventos adversos.

Ejercicios terapéuticos según las patologías respaldados por la medicina basada en la evidencia (respalda efectividad de tratamientos según patología), Fisioterapia según

Medicina basada en la evidencia, son considerados dentro de la implementación del CCR, sin embargo en las orientaciones se plantea que la electroestimulación requiere una dosificación (sesiones por día y prolongación en el tiempo) que no es posible entregar en este nivel de atención para tener una respuesta terapéutica efectiva, salvo que se entregue el equipo al paciente.

A continuación encontramos la tabla N°1 para implementar una UBR.

Equipamiento uso común	
Andadores	4
Balanza adulto	1
Bicicleta estática	2
Camilla clínica	2
Colchoneta alta densidad	6
compresas de gel para frío	4
compresas de semillas para calor	4
Data show	1
Escabel	2
Escalera de esquina	1
Esfingomanómetro rodable	1
Espejo de corrección (móvil o de pared)	1
Gabinete colgante	1
impresora multifunción	1
Mesón de trabajo limpio	1
Mesón de trabajo sucio	1
microondas	1
Mini plataforma elástica (equilibrio)	1
TV Pantalla plasma 29"	1
Piscina de pelotas para ET	1
Piso Taburete	2
refrigerador dos puertas	1
Set de balones terapéuticos	1
Set de bandas elásticas de diferentes resistencias	1
Set de cuñas terapéuticas	1
Set de rollos terapéuticos	1
Silla de ruedas entrenamiento (Stándard y neurológica)	1
software estimulac. motora, cognitiva y sensorial	1
wii-fit	1
EQUIPAMIENTO USO PREFERENTE KINESIÓLOGO	
Barra paralela de 2 metros alto y ancho regulable	2
Bicicleta estática	2
Camilla clínica	2
caminadora	1
Espaldera (con accesorio bloqueador de rodilla)	1
TENS	2
EQUIPAMIENTO USO PREFERENTE T. OCUPACIONAL	
alicate corte termoplástico	1

cama para entrenamiento AVD	1
cocina	1
horno eléctrico (para férulas)	1
juego de llaves Allen	1
Juegos de prehensión fina y gruesa	1
Juegos mecanoterapia	1
maquina de coser	1
Material didáctico	1

Tabla 1. Elementos para implementar una UBR (MINSAL, 2010)

3.3.2.5.3 Prestaciones

La tabla N°2 contiene la canasta de actividades para cada estrategia está definida en el programa de rehabilitación Integral en las Redes de Salud 2008.

Prestaciones	Contenido
Plan de Salud Familiar	Acciones para mejorar el acceso a todas las prestaciones que se entregan en el CESFAM
Atención Rehabilitación Integral Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, médico, enfermera y/o AS	Evaluación, Plan de Tratamiento, - Objetivos específicos, evaluables y consensuados con la persona y su familia. - Duración e intensidad preestablecida. Prestaciones de Rehabilitación Atención de personas con discapacidad permanente o transitoria. Atención de personas con sintomatología osteomuscular.
Visita Domiciliaria y/o escolar y/o laboral Integral por profesional de rehabilitación.	Evaluación de la realidad psicosocial del paciente, evaluación funcional del hogar para las actividades de la vida diaria del paciente en la casa y su entorno, evaluación del entorno escolar o laboral. Plan de trabajo al respecto. Responsable: profesional de rehabilitación Apoyo a las indicaciones entregadas por el equipo tratante, refuerzo de las técnicas específicas, contención del paciente y/o su familia y/o su cuidador. Responsable: Técnico paramédico del equipo de Atención Domiciliaria del consultorio asesorado por el profesional de rehabilitación.

	<p>Consejería a la familia para el manejo del duelo, asesoría en la toma de decisiones frente al tratamiento y el proceso de rehabilitación e inclusión. Responsable: Profesional del equipo de Rehabilitación, con la colaboración del profesional del CESFAM si este recurso esta disponible.</p>
Adaptaciones, Férulas y Órtesis	Confección de adaptaciones, férulas y órtesis. Evaluación de la persona y el medio ambiente para la entrega de férulas y órtesis. Entrenamiento en el uso.
Apoyo al Cuidador	Transferencia de herramientas para el autocuidado y el de la persona en situación de dependencia.
Educación de Grupos	Educación a grupos de la comunidad organizada. Formación de monitores.
Trabajo Comunitario	Formación y fortalecimiento de redes de soporte social, laboral y familiar de las personas con discapacidad en el territorio (incluye trabajo intersectorial) e integración a redes comunitarias.
Asesoría Nivel Secundario a la APS : Atención Médica Especialista Rehabilitación	Diagnóstico especializado, diagnóstico diferencial, tratamiento especializado, indicaciones al equipo APS para su seguimiento
Asesoría Nivel Secundario a la APS : Atención Otros Profesionales de Rehabilitación	Diagnóstico especializado, diagnóstico diferencial, tratamiento especializado, indicaciones al equipo APS para su seguimiento

Tabla 2. Canasta de prestaciones (MINSAL, 2010)

3.3.2.6 Tareas 2010-2014

Para comprender mejor las obligaciones de los equipos de rehabilitación, es que se proponen una serie de tareas a realizar en el periodo 2010-2014. Dentro de las tareas a realizar se encuentran, por ejemplo, realizar diagnósticos participativos, el cual debe

finalizar con un plan de trabajo con las organizaciones que fueron involucradas en dicho diagnóstico y además generar un documento a partir de éste diagnóstico, el cual permitirá redefinir la canasta de prestaciones, lo que también es considerado una tarea para este periodo. También dentro de esta serie de tareas se encuentra el establecer planes de trabajo anuales, efectuar actividades de Rehabilitación, participar en actividades de la red del Servicio de Salud y por último incorporarse al plan de capacitación asociado al Plan de Salud Comunal.

3.3.2.7 Metas planteadas para la RBC.

Además también se presentan metas que deben cumplir los equipos de RBC, las cuales están orientadas a mantener las líneas conceptuales importantes de esta estrategia y de cambio en cómo se implementa la Rehabilitación integral con enfoque inclusivo. Estas metas permiten evaluar los convenios que son establecidos entre los Servicios de Salud. Dichas evaluaciones se realizan a través del REM y se realizan 2 veces al año, el 30 de septiembre y el 30 de diciembre.

Metas RBC

1. 30% de las PSD5 reciben Consejería Individual
2. 10% PsD con Visita Domiciliaria Integral
3. 80% de las PsD cuentan con plan de tratamiento consensuado (10 fichas auditadas cuando los ingresos no superan 200 PsD, 20 para el resto.
4. 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones).
5. 50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo.
6. Mantener al menos un 20% de PsD con parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular
7. 30% de las actividades del equipo son preventivo promocionales
8. 100% de los centros cuentan Dg participativo
9. Línea Base: para consultas, Procedimientos y cuidados a los cuidadores
10. Difundir el programa en el Consejo Técnico del o los establecimientos que derivan a la sala, en las reuniones generales, en Consejo municipal, Consejos de Desarrollo, etc.

(Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010)

3.3.3 Diferencias entre las Guías OMS y Orientaciones del MINSAL

Las diferencias expuestas a continuación son extraídas del trabajo realizado por Ossandón el año 2014

Ossandón (2014), plantea que si bien se reconocen ideas similares entre Guía para la RBC propuesta por la OMS y las Orientaciones metodológicas propuestas por el MINSAL el año 2010, esta también presentan diferencias tanto en concebir la RBC y la comunidad.

Lo planteado por la OMS en relación a la comunidad es que esta debe compartir, aunque sea en cierto grado una visión de mundo y/o interpretación de la vida diaria, sin embargo en las orientaciones propuestas por el MINSAL comunidad sólo se define en base a un territorio compartido por un grupo de individuos. Junto con esto las Guías propuestas por la OMS abordan todas las áreas del desarrollo y todo tipo de discapacidad dentro del trabajo de la RBC, lo que permite la inclusión de todas las personas con discapacidad en la sociedad, mientras que la propuesta nacional sólo hace referencia a discapacidades físicas y para su trabajo solo aborda el área de salud, ya que es un documento desarrollado por este mismo Ministerio (MINSAL). Además el MINSAL propone una estrategia en la cual el profesional es el encargado de dirigir, aunque se incluye a la comunidad en el proceso, es una estrategia que surge desde niveles centrales, no así lo propuesto por la OMS, en la cual se plantea que dicha estrategia de rehabilitación debe surgir desde la comunidad misma, para lo cual debe existir previamente un proceso de sensibilización y educación lo que va a permitir a las PcD y la comunidad identificar sus problemas y trabajar en solucionarlos.

Por último la OMS determina la capacitación de personas de la misma comunidad para así poder intervenir y trabajar con los propios involucrados en el desarrollo de programas de RBC, a diferencia de lo planteado por el MINSAL, que se plantea una especie de extensión de servicios profesionales en la comunidad, en donde no existe un involucramiento o participación de ellos en el proceso de rehabilitación, sino más bien en donde se entregan las atenciones, por lo que como propone Ossandón (2014) éste modelo de acercamiento no se consideraría basado en la comunidad.

3.4 Evaluación Cualitativa de Programas de Salud

Evaluar es una de las actividades básicas que realiza el ser humano durante el desarrollo de su vida cotidiana, corresponde a emitir juicios de valor acerca del mérito de las cosas y acciones (Haros, 2009). Además el propósito más importante de la evaluación no es demostrar, sino perfeccionar.

3.4.1 Tipos de investigación

Según Haros (2009) existen al menos 3 tipos básicos de investigación:

Básica o pura: Investigación científica que tiene como referente un problema del conocimiento, de la disciplina. Desarrollo refutación y consolidación de teorías.

Aplicada: Investigación para probar teorías para evaluar su utilidad de resolver problemas.

Evaluativa: Investigación para determinar si una intervención garantiza mejoría de condiciones, tiene consecuencias de impacto o ha contribuido al conocimiento.

Es precisamente este último tipo de investigación el que procederemos a describir a continuación.

3.4.2 Investigación Cualitativa

Considerando lo anterior podemos identificar la denominada investigación evaluativa, en la cual sus preguntas centrales se derivan de objetivos sociales. Se utiliza para recolectar información acerca de actividades, característica y los resultados de un programa en comparación a las metas que se propusieron alcanzar, así como también la implementación dentro de un contexto determinado, lo que permite mejorar la efectividad de este programa, promover la comprensión de los fenómenos implicados e informar la toma de futuras decisiones. Además permite obtener información, sobre los problemas, necesidades y expectativas de la sociedad para aportar a las decisiones de la política social. Para reforzar esta idea J.M Blanch (citado por Sánchez, 1999) define la investigación evaluativa en los siguientes términos: “La evaluación... es una modalidad de investigación aplicada consistente en la producción de información (sistemática, científica) relevante,

orientada a fundamentar un juicio (cálculo, estimación) acerca de la valía (mérito, utilidad, eficacia, acierto, bondad, legalidad, calidad, valor, etc.) de un objeto (programa, política, actividad, producto, persona o grupo, bien o servicio público o privado), facilitar la comprensión de una realidad y orientar decisiones con respecto a la misma”.

Esta evaluación puede realizarse según diversos criterios, como por ejemplo la rendición de cuentas, costo beneficio, acreditación/ certificación de procesos, entre otros, los que depende del tipo de modelo evaluativo que se utilizará

Además dentro de este tipo de investigación encontramos 3 criterios o tipos de evaluación que se definen según el ámbito del programa que se evaluará: la primera es la evaluación de etapas o ciclos de un programa o proyecto, en la cual se evalúan por ejemplo, el diseño de los programas, su implementación o resultados. En segundo lugar encontramos la evaluación de componentes, que hace referencia a evaluar entre otras cosas los insumos, procesos y productos o impactos. En tercer y último lugar encontramos la evaluación de atributos, en la cual se incluyen la pertinencia, idoneidad, eficacia, o rendimiento de los programas.

3.4.3 Enfoques de la investigación cualitativa

Además de la clasificación anterior, también encontramos dos tipos de enfoques de la evaluación, los que proporcionan una guía para pensar acerca de cómo puede desarrollarse una evaluación, estos enfoques corresponden al cuantitativo y el cualitativo. El primero de ellos tiene como características el ser un proceso lógico, cerrado, mecanicista y racional, entre otros. Sin embargo las evaluaciones con enfoque interpretativo-cualitativo son fenomenológicos³, abiertos y críticos. En la tabla N° 3, se presentan las características, objetivos, recursos metodológicos y diseños según los enfoques o paradigmas principales (Extremos) realizada por García (1992).

³ Variante de fenomenología que significa estudio de los fenómenos. Corriente idealista subjetiva dentro de la filosofía que se propone el estudio y la descripción de los fenómenos de la conciencia o dicho de otro modo, de las cosas tal y como se manifiestan y se muestran en esta.

Enfoques o paradigmas		
	Positivista-cuantitativo	Interpretativo- cualitativo
Adjetivos o características que lo definen	Lógico Cerrado Experimentalista Conductual Mecanicista Estático Explicativo Hipotético deductivo Racional	Fenomenológico Abierto Naturalístico Humanístico Organístico Generalista Dinámico Descriptivo Inductivo Crítico
Marco	Natural	Social
Orientación	Al producto	Al proceso
Nivel de análisis	Estructural	Subjetivo
Objetivos de la evaluación	Eficacia Eficiencia Liderazgo Excelencia	Comunicación Imágenes sociales Cultura/ cambio
Objetivos metodológicos	Identificación de relaciones causales	Descripción general del programa y desde la perspectiva metodológica
Tipos de diseño o estudios	Diseños experimentales de campo Diseños cuasiexperimentales Diseños input-output Diseños jerárquicos Modelos causales Estudios longitudinales Ecología escolar Estudio de poblaciones	Estudios etnográficos Observación participante Triangulación Estudio de casos Análisis de interacción Estudios de antropología cognitiva Redes sistemáticas
Variables	Definidas y operacionalizadas previamente	Emergentes en el curso de la evaluación

Tabla 3. Características y diseños utilizados por los enfoques principales (extremos) que aborda la investigación evaluativa (García, 1992)

3.5 Evaluación en Salud

La evaluación en salud también responde a la descripción presentada anteriormente respecto a la investigación evaluativa. Como indica Ayres, (citada por Haros, 2016) corresponde a “Un conjunto de procedimientos sistemáticos que buscan hacer visible lo que se hace, con referencia a lo que se pretende hacer; respecto a intereses, efectividad, operacionalidad y calidad de acciones, tecnología, servicios o programas de salud”. En

cuanto a los enfoques en esta área “no existe un modelo único de evaluación emergente o alternativo” (Mercado, citado por Haros 2016). Es por lo anterior que se presentan diversos enfoques de evaluación que han emergido desde el área de salud, entre los cuales se presentan la evaluación participativa, evaluación de sistemas de salud, por triangulación de métodos, formativa y evaluación cualitativa, por nombrar algunos.

Tradicionalmente ha predominado el interés por la eficiencia (resultado deseado con el mínimo de efectos no buscados y la máxima economía de recursos) y la efectividad (Resultado en forma de cambio significativo en el objeto) (Sánchez-Candamio, 1999), así como también el uso de procedimiento cuantitativos. Es por lo anterior que son habituales los análisis estadísticos de la información obtenida y las comparaciones intragrupo (Antes/después) e intergrupos (experimental/control, por ejemplo). Sin embargo estos tipos de evaluaciones cuantitativas han desestimado la relevancia de los programas de salud, lo que es central para los profesionales y la práctica en la atención primaria de salud, ya que desatiende a los agentes y grupos implicados en los programas al no saber que hacer con las demandas, intereses o puntos de discusión de los profesionales, además de trabajar con información generalizable, por lo que deja de lado las especificidades de los contextos, ya sean familiares, comunitarios o culturales.

Por otro lado la evaluación cualitativa de programas y centros en el ámbito de la APS aporta diferentes posibilidades, ya que va más allá de la dimensión objetiva de calidad, lo que implica reconocer los proyectos e intervenciones en salud desde la integralidad. Cuando realizamos una evaluación cualitativa de programas de salud las exigencias, intereses y discusión de los grupos implicados (usuarios/as, profesionales, comunidad, administración) constituyen la información necesaria y principal para la evaluación. (Sánchez-Candamio, 1999), ya que considera a los implicados participantes activos de esta evaluación, incorpora la complejidad psicosocial, lo que permite ampliar su campo de análisis, considera los factores contextuales teniendo en cuenta los problemas de generalizar los resultados obtenidos en circunstancias particulares, además de considerar relevante la evaluación como proceso que posibilite cambios en distintos ámbitos, como el profesional, social y organizacional.

Al considerar una evaluación en el área de salud desde el enfoque cualitativo, es necesario que la persona que desempeñará el rol de evaluador conozca algunas de sus características. La primera de estas es conocer si existe algún consentimiento de los

diferentes participantes, el cual debe considerar el respeto por la confidencialidad de ellos y de los diferentes agentes o colectivos implicados.

Otra característica a tener en cuenta es que dentro de los objetivos de esta evaluación, más que identificar la causa y/o valor de un programa o generalizar la calidad de este para modificarlo, considera el desarrollo de competencias, conocimientos, relaciones en los grupos de implicados, esto se logra a través del proceso de búsqueda de consenso para la evaluación.

Si bien existen procedimientos de cómo realizar este tipo de evaluación, muchos autores rechazan esta opción, ya que el diseño de ella es emergente al lugar particular en donde se realizará la investigación y a las decisiones del investigador, las cuales están influenciadas por su formación y predisposiciones teóricas y personales. Además el evaluador debe introducirse de forma paulatina en las situaciones e ir aprendiendo lo apropiado para cada elemento implicado en la evaluación (tareas, personas, etc) para luego poder realizar un análisis teniendo en cuenta los nuevos conocimientos adquiridos y los planteados en el marco teórico previamente establecido. Al realizar este análisis se debe dar cuenta de la credibilidad y el rigor de la evaluación, además de adquirir el compromiso de incluir las opiniones discrepantes. Al presentar las propuestas que se hacen en base a la evaluación, se debe considerar en conjunto con los implicados, los efectos que pueden tener dichas propuestas. (Sánchez-Candamio, 1999).

Capítulo 4: Marco Contextual

Los CCR incluidos en la investigación pertenecen al SSMS, el cual ofrece atención a 1.009.109 beneficiarios inscritos, los que pertenecen a las comunas de San Miguel, La Granja, Paine, Buin, Calera de tango, La Cisterna, Pedro Aguirre Cerda, Lo Espejo, El Bosque, San Bernardo y San Joaquín.

Al dirigirnos a realizar las entrevistas a los profesionales nos pudimos percatar que en general los CCR a los cuales ellos pertenecen, son estructuras de un piso de altura relativamente nuevas, a excepción de uno el cuál antiguamente funcionaba como colegio y fue adaptado para atender a sus usuarios. Junto a esto se observa que los CCR comparten el recinto con centros que ofrecen otros servicios, sin embargo estos otros centros cuenta con sus respectivas instalaciones. Estos varían en cuanto al tipo de atención que entregan. Uno de los CCR compartía espacio con la oficina de discapacidad de su comuna, otro con un COSAM y Oficina de discapacidad, el tercero junto a un centro de especialidades y el cuarto de ellos a un centro de atención dental.

Junto a esto observamos que en general todos cuentan con acceso universal a los recintos, a excepción del que era un ex colegio. La infraestructura además incluye salas de espera para los usuarios, en las cuales se encuentra una secretaria la que se encarga de recepcionar y entrega de horas de atención a los usuarios, los que son en su mayoría adultos mayores con problemas Músculo esqueléticos.

Los baños en general están separados para hombre, mujeres y personas en situación de discapacidad, sin embargo un CCR cuenta sólo con un baño de acceso universal al cual van los profesionales y usuarios. Este baño cuenta con los implementos y espacios para que pueda acceder a ellos una persona usuaria de silla de ruedas.

Además los CCR poseen salas para realizar las actividades de educación grupal, la que además se utiliza como área de trabajo común de los profesionales. Esta sala cuenta con televisores y sillas para los usuarios, además de material didáctico. Al interior de las mismas áreas de trabajo común se encuentran biombos terapéuticos para separar la sala en áreas de trabajo individual para cada paciente. A lo anterior podemos agregar que cuentan con box de atención personalizada para los pacientes. Asimismo algunos centros presentaban espacios para la realización de huerto terapéutico a los cuales asisten los usuarios y otros CCR cuentan con salas de ergoterapia, para realizar mosaicos entre otros talleres.

Por otra parte, pudimos constatar que los CCR presentan varios elementos mencionados en la tabla N°1, estos coinciden entre los centros, aunque algunos presentan más implementos que otros o elementos de diversos tipos, siendo los más utilizados los balones terapéuticos, camillas e implementos como ultrasonido, infrarrojo o compresas Húmedo-calientes. Esto responde a las necesidades que presentan los usuarios que asisten a estos centros y se van adquiriendo a medida que estos van creciendo o aumentando sus necesidades. Junto a esto queda de manifiesto la prestación de Educación de Grupos, la cual se realiza por medio de sesiones grupales a usuarios que presentan la misma condición de salud de base, ya sea artrosis o ACV.

Capítulo 5: Marco Metodológico

5.1 Enfoque metodológico

Para rescatar la visualización que tienen los equipos profesionales sobre cómo se está implementando la RBC en los CCR en donde se desempeñan, es que llevaremos a cabo esta investigación bajo un paradigma hermenéutico con enfoque evaluativo cualitativo, tal como indica Rodríguez, Gil y García (1999) este tipo de metodología estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. Además esta se llevara a cabo bajo el paradigma hermenéutico, ya que este nos permite utilizar la técnica y el arte de interpretar y buscar el significado a lo observado.

Por lo expuesto anteriormente es que este enfoque de investigación es el más indicado para llevar a cabo nuestra investigación

5.2 Determinación de informantes y escenario de investigación

Nuestra muestra será intencionada, ya que este tipo de muestreo cualitativo nos permitirá acceder a personas cuya experiencia les ha llevado a una intensidad máxima de participación o están situadas en el centro de la escena como protagonistas o testigos de excepción (Ruíz, 1999).

Esta muestra será seleccionada de los equipos de Centros Comunitarios de Rehabilitación pertenecientes a la zona Sur del Área Metropolitana. Serán escogidos cuatro centros de Rehabilitación que cuenten como mínimo con dos años de funcionamiento, de los cuales uno de ellos será de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, uno de la comuna de La Granja, uno de la comuna del Bosque y otro de la comuna de Lo Espejo. De cada centro se seleccionará el Encargado o director del CCR, más un profesional perteneciente a él, lo cual da un total de ocho personas como muestra.

El escenario para recabar la información no fue definido con anterioridad, sino que este fue proporcionado por los entrevistados dentro de las dependencias del CCR al cual pertenecen, intentado establecer un lugar que propiciara y facilitara una atmósfera agradable para un diálogo profundo.

En cuanto al horario establecido para las entrevistas, este fue acordado en conjunto con los entrevistados según su disponibilidad horaria dentro de su jornada laboral.

5.3 Obtención de información

La investigación se llevará a cabo mediante entrevistas semi-estructuradas de manera individual a miembros de los equipos técnicos y profesionales de los centros comunitarios, específicamente a los directores de cada centro y a un profesional más del equipo. Se ocupará este método ya que si bien en este tipo de entrevista se dispone de un guion o pauta, este al no ser rígido permite que sea libre el modo de abordar y preguntar ciertos temas, permitiendo la profundización y aclaraciones pertinentes en torno al tema tratado, según Rodríguez et al. (1999) lo que el entrevistador persigue con ella no es contrastar una idea, creencia o supuestos, sino acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros. Lo realmente interesante son las explicaciones de los otros. La entrevista se desarrolla a partir de cuestiones que persiguen reconstruir lo que para el entrevistado significa el problema objeto de estudio.

Para efectos de recogida de información las entrevistas fueron grabadas en audio digital para luego poder ser transcritas de manera textual, asegurando con esto un posterior análisis de información fidedigna

Se realizaron en total 8 entrevistas semi-estructuradas (Anexo N°1), de las cuales 4 de ellas fueron dirigidas a los coordinadores de los CCR y 4 a profesionales del CCR, las cuales se llevaron a cabo luego de la entrega, lectura y firma de un consentimiento informado (ANEXO N°2), el cual fue aprobado con anterioridad por el comité de ética de la UFRO (ANEXO N°3).

5.4 Análisis de la información

Para llevar a cabo el análisis cualitativo de la información, luego de realizar la transcripción textual de las entrevistas y tener un manejo de estas en formato digital, se continuó con el proceso de codificación, lo cual requirió de una exhaustiva lectura de las

entrevistas, en las cuales seleccionamos citas a las que les asignamos códigos. Dichos códigos se agruparon según temas relacionados dando origen a categorías.

Las categorías planteadas fueron asignadas, según sus temas a tratar, en metacategorías, las que se establecieron previo al inicio del análisis, respondiendo a los ejes temáticos relacionados con los objetivos específicos planteados para nuestra investigación (Tabla N°4).

El análisis llevado a cabo fue realizado siguiendo el método de las comparaciones constantes, el cual consiste en ir codificando y analizando la información de forma paralela, lo que permite ir reduciendo los datos para hacer al mismo tiempo comparación y análisis.

Metacategoría	Categoría	Código
Implementación	Inicial	Infraestructura
		Convenios
		Precursor
		Recurso Humano Inicial
	Evolución	Recurso humano
		Financiamiento
		Aumento de la demanda
	Falencias	Falta de profesional
		Crítica al financiamiento
		Desconocimiento inicial de los profesionales entorno a la RBC
	Aspectos organizativos	Organización administrativa
		Población atendida
		Horario de atención
		Derivaciones
		Reuniones de coordinación
Guías metodológicas		Aspectos débiles

	Valoración a las guías metodológicas	Aspectos valorados positivamente
Principio de la RBC	Visión de la estrategia	Valoración de la estrategia
		Trabajo comunitario
		Empoderamiento social
	Proyección de la estrategia	
	Intersectorialidad	Trabajo en red
Perfil profesional	Característica del profesional RBC	Habilidades blandas
		Habilidades específicas
		Formación de pregrado
		Compromiso con la estrategia
	Trabajo en beneficio del bienestar del usuario	Calidad de atención entregada por el equipo
		Sistematización del trabajo del CCR
Capacitaciones que contribuyen al trabajo	Formación inicial en RBC	Inducción a la estrategia
		Autoformación
	Capacitación por área	Capacitaciones complementarias

Tabla 4. Resumen de metacategorías, categorías y códigos de análisis

5.5 Presentación de la información

La presentación de los resultados de la investigación realizada, fue expuesta de acuerdo al análisis desarrollado por cada categoría establecida. Se realizó un análisis de las citas agrupadas bajo un mismo código, repitiendo esta acción con todos los códigos pertenecientes a una misma categoría. Posteriormente relacionamos los temas expuestos, para entregar una presentación de las opiniones proporcionadas por los entrevistados,

manteniendo los elementos convergentes y divergentes entre lo expuesto por los profesionales.

Con el propósito de mantener el anonimato de los participantes de la investigación, se utilizó la asignación de un código compuesto de letras y números, los cuales fueron previamente establecidos, la letra representa el CCR al cual pertenecen según la comuna, y el número puede ser 1 o 2, dependiendo si es el profesional encargado del CCR y un profesional perteneciente al equipo del centro respectivamente.

Una vez realizada la asignación de códigos a cada participante, las citas extraídas fueron estructuradas entre comillas y con letra cursiva, seguido del código del participante según corresponda.

5.6 Criterios de rigor de la investigación

Cuando hablamos de calidad de la investigación aludimos al rigor metodológico con que esta ha sido diseñada, desarrollada, y a la confianza que, como consecuencia de ello, podemos tener en la veracidad de los resultados conseguidos (Rodríguez, Flores, & García, 1996).

Con el fin de garantizar la calidad de nuestra investigación, la cual está asociada a la credibilidad de esta, expondremos los criterios de rigor con que ha sido diseñada y desarrollada la investigación y cómo cumplimos con estos.

5.6.1 Criterio de credibilidad.

La credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado (Castillo, 2003).

Para que la investigación cumpliera este criterio realizamos una lectura a las orientaciones metodológicas propuestas por el MINSAL. En base a este documento y a los objetivos planteados para nuestra investigación formulamos las preguntas de la entrevista semi-estructurada, las cuales nos sirvieron de guía al momento de realizar la entrevista a los profesionales para obtener su perspectiva de cómo se está implementando la estrategia RBC

en los CCR en los cuales desempeñan sus funciones. Dichas entrevistas se realizaron de forma personal, por medio de una escucha activa y sin emitir juicios frente a sus respuestas, solo complementando con más preguntas para profundizar en sus respuestas. Estas entrevistas fueron grabadas en audios, las que posteriormente fueron transcritas de forma textual, lo que permite dar respaldo a las percepciones de los profesionales entrevistados. Por último cada entrevista transcrita fue enviada a los respectivos entrevistados para su lectura y que representaran fielmente lo expresado en ellas.

5.6.2 Criterio de consistencia.

La consistencia se refiere a la posibilidad de replicar el estudio y obtener los mismos hallazgos (Rodríguez, Lorenzo, & Herrera, 2005).

Este criterio se cumple ya que los resultados de la investigación fueron obtenidos directamente de la información que nos entregaron los entrevistados, por medio de las entrevistas. Es por esto y teniendo en cuenta cómo la RBC se está implementando, además de la situación de discapacidad en Chile, que los resultados obtenidos presuponen que frente a la realización de otra investigación en torno a este tema se replicaran o reiterarán.

5.6.3 Criterio de confirmabilidad.

En el criterio de confirmabilidad, los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes (Noreña, Alcaráz, Rojas, & Rebolledo, 2012). Lo anterior es esencial para que la información extraída sea objetiva sin emitir prejuicios ni intereses particulares por parte de los investigadores.

Para cumplir con este criterio transcribimos de forma textual las grabaciones de audio de las 8 entrevistas realizadas. Además estas transcripciones fueron entregadas a cada entrevistado según corresponda, con el propósito de confirmar la información proporcionada por ellos mismos. Posterior a esto se realizó un fiel y acorde análisis a la información proporcionada por los entrevistados. Asimismo fue descrito el proceso de selección de los informantes y el escenario.

5.6.4 Criterio de transferibilidad.

La transferibilidad hace referencia a las posibilidades de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, Guba y Lincoln indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto (Castillo, 2003). Este criterio se cumple en la medida que se proporcionó una detallada descripción de cómo se recolectó la información, indicando las características que deben tener los participantes a los cuales se les realizó la entrevista, ya que la muestra fue intencionada y la forma en la cual se analizaron los datos y se obtuvieron los resultados a través de citas, códigos, categorías y metacategorías. Esta exhaustiva descripción de la investigación permite establecer concordancia con otros contextos.

Además este criterio se cumple en la medida que los escenarios de estudios se acoten a Chile, ya que en el contexto nacional es el área de salud el que se encarga de impartir la RBC por medio de los CCR entre otros dispositivos.

Capítulo 6: Análisis de resultados y consideraciones finales

6.1 Análisis de resultados

A continuación se presentan los resultados de la investigación. Estos fueron distribuidos en base a las categorías de análisis mencionadas en el marco metodológico. Las Categorías se encuentran dentro de metacategorías. Estas últimas corresponden a los temas de interés relacionados a los objetivos específicos de nuestra investigación.

En cada Categoría los diferentes profesionales involucrados presentan su mirada y opinión.

6.1.1 Implementación inicial

Con relación a la implementación inicial quedan en evidencia varios aspectos que forman parte de los inicios del funcionamiento de los centros.

Lo primero en mencionar es que algunos de los centros fueron precedidos por otra forma de dar respuesta a la necesidad de brindar rehabilitación musculoesquelética a la comunidad, la cual fue realizada mediante las salas PAME, las que estaban incorporadas a los CESFAM, y que posteriormente dieron paso a la creación de los CCR.

“Existía en la comuna una sala de rehabilitación integral, que eran las salas PAME, estas salas PAME la atendía una Kinesióloga, en uno de los CESFAM y atendía algunas patologías musculoesqueléticas, eh era la única estrategia de rehabilitación que había acá”
C1.

Por otro lado, uno de los centros surgió como respuesta a la necesidad de dar mayor cobertura a la alta demanda que existía en un CCR de la misma comuna.

“Como la demanda era tan grande, no alcanzaba a cubrir toda la demanda de los 4 consultorios, entonces, este sector norte de la comuna estaba medio desprovisto de rehabilitación” D1.

Mientras que uno de los centros incorporados en la investigación, surgió desde la organización de la comunidad.

“Las mismas personas pertenecientes a organizaciones, socios de organizaciones se dan cuenta que les falta el componente más biomédico, y ahí empezamos a tomar contacto con el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda” B1.

Otro tema a destacar es el financiamiento que han tenido los centros para comenzar su funcionamiento, el cual ha sido a través de convenios con SENADIS o el Ministerio de Salud, los cuales financian recurso humano e implementos.

“Llega un convenio del ministerio de salud, junto con el SENADIS, para implementar las salas de RBC en la comuna, el SENADIS financia la canasta básica de implementos” C1.

“Dentro de eso a través de FONADIS se postuló a un proyecto, que es un proyecto para implementar un centro comunitario de rehabilitación... de estos convenios viene asignado lo que tiene que ver con recursos humanos e insumos” A1.

Además de lo ya mencionado, otro tema de gran relevancia es el recurso humano con el que se da el punta pie inicial al funcionamiento del centro. Cabe destacar que los convenios financian el recurso humano inicial contemplando solo una dupla de profesionales, la cual está compuesta por un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional.

“Inicialmente el convenio contempla que por cada sala RBC debe haber un Kinesiólogo y un terapeuta ocupacional de 44 horas” A1.

Sin embargo uno de los centros no solo contó con la dupla anteriormente descrita, si no que contó además con mayor recurso humano en etapa inicial, debido a la gestión local realizada.

“En total 4, un administrativo, 2 Kines y un terapeuta ocupacional” D1.

Otro punto a considerar es la infraestructura que utilizaron los centros para comenzar su funcionamiento. Esto cobra importancia, ya que a partir de la evidencia, se revela el trabajo, el compromiso y la motivación que presentó el equipo desde un inicio para conseguir un lugar físico donde comenzar a llevar a cabo la estrategia. Se puede apreciar que algunos

centros partieron siendo un antiguo centro educacional, el cual fue modificado por los profesionales a cargo para empezar su funcionamiento.

“Nosotros nos juntamos y como equipo le propusimos al director de salud y a la encargada del servicio, encargada de rehabilitación en ese momento, irnos a un lugar, que en este caso era un antiguo colegio, que eran dependencias municipales, y nosotros habilitar ese lugar y transformarlo en un CCR y ahí funcionar como un centro comunal, y ahí llegaría la gente de los tres CESFAM” C1.

“Entonces se implementa la idea de crear un CESAM, centro de especialidades de salud mental, y también un espacio que correspondía al CCR y de ahí nosotros llegamos, pero éste originalmente es un espacio de educación” A1.

Mientras que otros fueron habilitados en respuesta a proyectos gubernamentales, particularmente a Proyectos Bicentenarios.

“El proyecto Bicentenario donde se habilitaron varios espacios deportivos... este salón que era un salón multiuso era como un gimnasio, y el alcalde, por definición política del alcalde se queda como un centro comunitario de rehabilitación y de ahí también se traslada la oficina de discapacidad” B1.

6.1.2 Aspectos organizativos

En relación a los aspectos organizativos, se obtuvo información sobre el funcionamiento de los centros. Tal información se refiere a la existencia de coordinadores de los centros, horarios de atención, población atendida, forma de recibir las derivaciones desde otros centros de salud y la existencia de reuniones de coordinación que se realizan con el equipo del CCR así como también con otras entidades y equipos de trabajo de otros centros.

Con respecto a la población a la que se le brinda atención en el CCR, destaca en primer lugar, que corresponde a personas en situación de discapacidad desde los 15 años de edad que pertenezcan al sistema público de salud.

“Personas en situación de discapacidad pertenecientes al sistema público de salud, que presenten alguna discapacidad física de 15 años para arriba” B1.

Aunque la población atendida es desde los 15 años de edad, existe una tendencia a ser principalmente personas adultas y de sexo femenino.

“50 años hacia arriba, mujer y generalmente con comorbilidades” A1.

“Principalmente son adultos mayores, mujeres adulto mayores” C1.

En relación a un centro en particular, el equipo de éste, destaca que han logrado aumentar la población atendida logrando incorporar a niños y a personas postradas, que actualmente no están incorporadas en la estrategia RBC. Esta incorporación se ha realizado por medio de la postulación de proyectos propios ante el SENADIS, por lo que forman parte de proyectos anexos al RBC, obtenidos mediante la gestión realizada por el propio equipo.

“Se suma a dos proyectos que se postularon de acá al SENADIS y que llevan menos tiempo, que no los tienen otras comunas, que es el programa CCR infantil y el programa de apoyo domiciliario, son proyectos anexos a lo que es RBC y funcionan dentro del mismo enfoque” C1.

En cuanto a las patologías, que son vistas a nivel de CCR, estas corresponden a patologías cubiertas por el GES.

“Son patologías GES, artrosis, por ejemplo, esa si o si se ven por APS porque son GES igual que otras patologías, como la HNP, por ejemplo, Parkinson, Accidente Cerebro Vasculares” A1.

En cuanto al horario de atención y/o funcionamiento de los CCR, en general presentan una distribución horaria muy similar. Este horario en su mayoría es realizado de lunes a viernes desde las 8 am, hasta las 16:30 o 17 horas, sin embargo los días viernes éste horario se reduce y sólo funciona hasta las 16 horas.

“Son 44 horas por profesional, ¿qué quiere decir eso?, que el horario es de 8 a 16:50 horas de lunes a viernes” C1.

“Atendemos de lunes a viernes de 8:30 a 5:30 y los viernes hasta las 4:30” B1.

En cuanto a la organización administrativa de los CCR, se puede mencionar que todos los centros coinciden en la existencia de un coordinador a cargo de este y el equipo de profesionales que se desempeñan en ellos. Sin embargo la organización de los centros a veces es compartida ya que en algunos casos en las dependencias donde están ubicados los centros, tiene funcionamiento otros servicios, por lo que en ocasiones existe un coordinador general y uno perteneciente a cada centro. De los CCR participantes en la investigación, dos compartían dependencias con centros dentales y otro con un centro de salud mental.

“Yo acá opero como coordinador del CCR, eso sería como un poco la estructura, o sea, hay dos coordinaciones, que es CESAM y CCR y un coordinador como administrativo del lugar y el coordinador del CESAM actúa a su vez como especie de director” A1.

Por otro lado un centro difiere de los otros, ya que nació al alero de la oficina de discapacidad de la comuna, como respuesta a la organización de las personas participantes en ella.

“Hay que dejar claro que la rehabilitación es un servicio que presta la oficina, ¿a través de qué? Del CCR, es parte de la oficina, entonces la jefatura es encargada de la

oficina de discapacidad y coordinadora del CCR, que es la misma persona, y ahí viene todo el equipo de profesionales” B1.

En cuanto a las derivaciones que reciben los CCR, estas provienen de centros de salud pertenecientes al sistema público, donde también deben pertenecer los usuarios, además de contar con demanda espontánea.

“Derivación de los seis CESFAM o de los hospitales de base, en este caso El Pino o el Barros Luco y de repente igual demanda espontánea y de organizaciones, lo que sí, es que pertenezcan al sistema público de salud” B1.

Otro tema relevante dentro del funcionamiento de los centros, es que en reiteradas ocasiones se derivan a los CCR usuarios con patologías que no corresponden a las de manejo a nivel de centros, muchas veces son derivados quienes corresponden a atención hospitalaria o de alta complejidad que no pueden ser atendidos en los centros.

“A veces llegan interconsultas que ni siquiera corresponden a patología de acá, entonces hay que estar devolviéndolas, si ni siquiera hay alguien que diga: ‘Ya, tal patología atienden en el CCR, mandémoslo’, mandan lo que sea” D2.

Frente a esta situación, los equipos han encontrado distintas estrategias para hacer frente a esta problemática, lo que les ha permitido mejorar el sistema de derivaciones desde los distintos centros. La primera de estas es reforzar constantemente a los médicos de los

CESFAM, las condiciones de salud que deben ser derivadas al CCR, reforzando la derivación sólo de mayores de 15 años, con problemas físicos y beneficiarios del sistema GES. La otra solución apunta a destinar a profesionales del equipo del CCR, para hacerse cargo de rescatar las derivaciones directamente en los CESFAM.

“Cuando a ellos se les está olvidando y están dejando pasar muchas patologías que no corresponden hay que reforzarlo nuevamente” D1.

“Cada profesional está destinado en cierta forma a algún CESFAM, a algún CESFAM en particular, como responsable; y lo que se hace es ir una vez a la semana a los CESFAM, donde se nos derivan a todos los usuarios con una derivación” A1.

“El médico del consultorio emite la orden y eso queda en la oficina de interconsulta y nosotros vamos una vez a la semana a retirar las interconsultas” C1.

Algunos de los equipos de los CCR, mencionan la incorporación de reuniones internas entre el equipo de trabajo del centro y el de los CESFAM, la cual es una estrategia que han instaurado con el fin de difundir el programa de la RBC y que para ellos ha sido de gran utilidad para mejorar el sistema de derivaciones. También han establecido reuniones con entidades municipales, para establecer lazos con el objetivo de fortalecer el trabajo intersectorial, en beneficio de las personas. Como también reuniones entre equipos de CCR de la zona sur de la Región Metropolitana, mediante el Servicio de Salud, las cuales son realizadas para generar instancias de coordinación.

“Hacemos reuniones de equipo mensual, y vamos a reuniones cada 3 meses al servicio Metropolitano Sur, donde se juntan todas las salas de RBC de la zona sur” C1.

“Generalmente las reuniones con el CESFAM, con los organismos municipales y con el equipo en sí” C2.

“En el CESFAM ellos nos invitan a las reuniones que ellos tienen por sector, a reuniones clínicas, o cada cierto tiempo por la tasa de renovación de los médicos, por rotaciones de repente altas, tenemos que estar previamente difundiendo o socializando el programa con ellos también” C2.

6.1.3 Evolución

Asociado a temas sobre la evolución que han experimentado los centros, se aprecia que éstos, a través del tiempo van sufriendo modificaciones en distintos aspectos en relación a como se comportaban en un inicio de su funcionamiento. Esto responde a una variación en las necesidades que se presentan al transcurrir el tiempo, necesidades que deben ser cubiertas y para esto se deben buscar estrategias que permitan llevarlo a cabo. Uno de los primeros aspectos que se observa, es la variación en los elementos involucrados en los recursos disponibles para la implementación en su fase inicial.

Un ámbito en el que se refleja esta evolución, es en el financiamiento. Entre los hallazgos queda en evidencia que los equipos de cada centro, han buscado la forma de cubrir las necesidades que surgen en el trabajo con la comunidad. Es por lo expuesto anteriormente, que se han generado nuevos proyectos con el objetivo de financiar estas carencias, las cuales han sido cubiertas principalmente mediante asignación de nuevos convenios, adquiridos mediante la gestión del equipo.

“Un vehículo municipal que está destinado a trabajar acá. El que es nuestro se ha conseguido a través de convenio con universidades” B2.

Es importante resaltar, que esta gestión realizada por los equipos, ha permitido aumentar los recursos disponibles, como también incorporar elementos que en un inicio no estaban contemplados dentro de la implementación de la estrategia, como lo es el aumento de cobertura a poblaciones que no estaban incorporadas.

“Dos proyectos que se postularon de acá al SENADIS y que llevan menos tiempo, que no las tienen otras comunas, que es el programa CCR infantil y el programa de apoyo domiciliario” C1.

Además se destaca el aporte económico que la propia comunidad ha generado para apoyar al CCR, mediante la organización de esta, ya que permite facilitar la compra de materiales para la realización de talleres.

“La misma comunidad se organiza y hacen bingos o venden cosas y juntan plata para comprar materiales” C1.

Otro ámbito en el que se aprecia una evolución, es en el aumento de la demanda que han experimentado los centros. Lo que a su vez ha generado la necesidad de aumentar el recurso humano perteneciente a cada uno de ellos, para tratar de dar respuesta a esta

demanda. En algunos centros el recurso humano ha aumentado en número y además se ha logrado incorporar a profesionales que no están contemplados en la canasta básica.

“A medida que ha transcurrido el tiempo se han ido sumando más profesionales del que inicialmente partió” A1.

“Entonces la demanda fue más alta y se incorporó mayor recurso humano” A1.

“Trabajan acá dos kinesiólogos y medio, si porque uno está media jornada, dos terapeutas jornada completa, dos fonoaudiólogos y una psicóloga” B1.

Se puede apreciar una vinculación entre los aspectos expuestos anteriormente. La gestión de los equipos ha permitido, además, la adjudicación de nuevos convenios que han dado paso a la incorporación de nuevos profesionales, incorporación que como ya fue mencionada, busca dar respuesta al aumento de la demanda en los centros.

“Existió la posibilidad de que yo me acercara a trabajar al CCR por los convenios que existen con universidades” B2.

6.1.4 Falencias.

En cuanto a las falencias identificadas, los profesionales resaltan debilidades existentes en cuanto al financiamiento, escasos de recurso humano, además del desconocimiento inicial que presentan los profesionales al comenzar a trabajar con esta estrategia.

“Yo siempre digo, necesitaría tres kinesiólogos más trabajando acá fácilmente. La necesidad está, pero se hace como caso omiso” A1.

En cuanto a las debilidades referidas al financiamiento, se señala el hecho de que el dinero destinado para cada centro sea mediante convenios, desde el Servicio de Salud o municipalidades, ya que los recursos disponibles están presupuestados por una estimación de los usuarios proveniente del o los CESFAM, que les corresponden ser atendidos en cada CCR. Sin embargo muchas veces los equipos se han visto en la necesidad de brindar atención a parte de usuarios pertenecientes a otros CESFAM, provocando una falta de recursos disponibles en los centros.

“Nosotros tenemos dos convenios, que son solamente con dos consultorios de esta comuna, que son los que tienen mayor población, pero ¿qué pasa con los otros dos consultorios?, entonces de todas maneras igual vemos los cuatro, porque no podemos dejar a los dos consultorios sin atención, entonces acá se ve el tema del financiamiento, ojalá se pudiese mejorar eso, se pudieran optar a otros convenios” A2.

“No dependemos de per cápita, dependemos de convenios que hay que luchar las platas todos los años” A2.

Esto conlleva a que los equipos de los centros deban buscar alternativas para aumentar los ingresos de sus centros o que los usuarios realicen actividades de autofinanciamiento para contribuir a la compra de los materiales para la realización de los talleres.

“Para hacer el taller de mosaico necesitábamos un montón de materiales, desde la cerámica, herramientas para cortar, las pinzas, los pegamentos, todo eso y todo eso fue financiado por los mismos pacientes, o sea ellos traían un día queque uno, tecito otro y los salíamos a vender, cosa de ir juntando platita para poder generar plata para los mismos materiales” D2.

Otro punto destacado como falencia es la falta de profesionales disponibles en los centros relacionado con el déficit de financiamiento. A pesar de que existen alternativas que han desarrollado los equipos para cubrir esta falencia, el financiamiento sigue siendo escaso.

“Hacen falta más kinesiólogos, o sea pega hay, el tema es que plata no hay y eso ya viene desde arriba” A1.

Como ha sido descrito, en los centros en general a lo largo del tiempo ha existido un aumento de los profesionales, a costa de la gestión de los equipos. Sin embargo esta mejora no logra llegar a ser el ideal para cubrir la demanda de la población, agregan que este

aumento del recurso humano debe ser incrementado a la par con el aumento de la población atendida.

“Si hemos aumentado un poquito más de horas, 44 horas más de kinesiólogos, pero no es el ideal, entonces quedamos como corto,” A1.

“El recurso humano siempre va a ir creciendo a la par del centro, yo no puedo pretender de que me manden 80 kinesiólogos y 40 terapeutas en un solo día y que los tengas a todos parando el dedo, los centros y como todo negocio va creciendo entorno al éxito o a la cantidad de público que vaya teniendo” D1.

Otro tema que los equipos identifican como falencia, es que las autoridades y la gestión administrativa de los municipios, no se involucran de manera cercana con los CCR, con el propósito de obtener una mejor comprensión de la labor que ahí se realiza y de las eventuales necesidades que ellos como autoridades podrían resolver.

“... de repente en general, los municipios se preocupan más que nada de tener la sala, no se preocupan cómo funciona la sala, es como: ‘Ya, está la prestación, ¡listo!’”, pero más allá no se involucran” A2.

Por otro lado, un punto en el que todos los profesionales concuerdan y describen como relevante, es el nulo o escaso conocimiento entorno a la RBC que presentan al incorporarse al trabajo en los centros que implementan dicha estrategia de rehabilitación. Como principal debilidad en este aspecto mencionan el escaso abordaje de esta temática en la formación de pregrado. Dicha falencia les significó buscar alternativas para suplirla y poder adquirir las competencias necesarias para sumarse al trabajo en RBC.

“A mí me contactaron, la verdad es que tuve suerte y me buscaron y este trabajo llegó no más, pero yo de la universidad no tenía idea que era RBC” C1.

“Lo había visto en pregrado, yo estudié en Valparaíso, en la universidad de Valparaíso, pero no sabía de la existencia ya de un CCR, ni tampoco de una Sala RBC, lo había visto en un ramo, en teoría solamente, más allá no conocía, entonces también era algo nuevo para mí” A2.

“Este trabajo llegó no más, pero yo de la universidad no tenía idea que era RBC” C1.

6.1.5 Formación inicial en RBC

En relación a la formación inicial en RBC lo primero que resalta es que se reitera el ya mencionado desconocimiento inicial acerca de esta estrategia por parte de los profesionales y que al incorporarse al equipo de trabajo no existen capacitaciones formales, como en otras áreas de salud, que permitan dar respuesta a esta problemática.

“No se requirió de ninguna capacitación, en realidad no pedían tampoco experiencia en relación al tema” D2.

Frente a este desconocimiento destacan que existen inducciones de tipo informal, las que son realizadas una vez ya incorporados al equipo del CCR. En ocasiones estas capacitaciones fueron llevadas a cabo gracias a otros centros con más experiencia en esta labor.

“Capacitaciones formales no hubo, lo que sí hubo fue inducción, trabajo previo en el otro CCR” D1.

“Recuerdo que fui a una capacitación que se hizo, la cual era para contar como las experiencias que habían en RBC, pero fue como contar las experiencias y yo no tenía mucha información de que se trataba, nunca tuve una capacitación formal en RBC” C1.

Un equipo en particular, de uno de los centros, destacó que recibió asistencia para la implementación de la estrategia, por parte del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda.

“Toda la capacitación no formal, muy informal la que tuvimos, fue gracias al Instituto de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, y después con el tiempo, cuando esta estrategia se empezó a propagar tanto en la Región Metropolitana y a nivel país y ahí si tuvimos capacitaciones formales pero han sido mínimas” B1.

Además cabe destacar que algunos profesionales recibieron inducciones de forma interna en el centro durante su periodo inicial de incorporación al equipo de trabajo.

“Empezó más que nada como capacitación interna si quieres llamarlo, uno empieza a conocer la pega más administrativa y se empieza más a involucrar” A1.

“Igual hubo por supuesto harto apoyo de los compañeros no una capacitación formalmente, pero si harto apoyo de que era lo importante que supiera y cuál era la forma de trabajo” B2.

Por otra parte, como respuesta a esta falencia identificada, los profesionales han debido contextualizarse en el mecanismo de trabajo, mediante la autoformación en el tema de Rehabilitación Basada en la Comunidad, impulsados por una responsabilidad personal y ética.

“Más que una capacitación fue como la responsabilidad personal y la ética profesional de informarse sobre cuál era la temática que se trabaja acá y cuál era el mecanismo” B2.

“Sabía yo en conocimientos en qué consistía un poco así, pero a grandes rasgos, pero metodológicamente, toda la metodología, eso lo empecé viendo yo, como autoestudio” A1.

6.1.6 Capacitación

En cuanto a las capacitaciones, se señala que estas son de tipo complementarias, no siendo relacionadas directamente con la metodología de la estrategia, pero que de alguna manera son realizadas para la entrega de herramientas que complementan el trabajo realizado con los usuarios de los centros.

“Hay capacitación constantes en diferentes áreas, que de repente llegan mensualmente ‘ve esto’, y es de las cosas más básicas así como el trato de usuario, pero

no sé, en este caso salud familiar básico, avanzado, son cosas que te van pasando a nivel de atención primaria” A2.

“Lo que pasa desde el servicio, generalmente una vez al año, te mandan como un tipo de capacitación, por ejemplo la primera capacitación fue de manejo de amputados, a ver son capacitaciones que uno dice sí son capacitaciones, pero son cosas que las vimos en la universidad, entonces no sé qué tanto impacto tiene” A1.

“Capacitaciones en salud familiar, en instrumento de valoración de desempeño en comunidad, que es parte del proceso de acreditación y certificación de discapacidad” C2.

Dichas capacitaciones son proporcionadas por el servicio de salud y en ocasiones por la municipalidad.

“Hay horas disponibles anuales para hacer capacitación, también de repente la municipalidad o los servicios de salud te envían a capacitaciones, te envían a distintas charlas y cosas así” D1.

6.1.7 Características del profesional de la RBC

Al recoger la información correspondiente a las características del profesional RBC, es pertinente rescatar que existe una caracterización del profesional involucrado en el trabajo con dicha estrategia, siguiendo un perfil que le permita desenvolverse en el trabajo comunitario y en lo clínico.

Lo primero a exponer, es el manejo de ciertas habilidades que se deben manejar, tanto específicas como blandas.

Dentro de las habilidades específicas, los profesionales mencionan la necesidad de poseer especializaciones en el área de trabajo neurológico, de rehabilitación física, tener conocimiento en geriatría, ya que son los temas abordados desde la RBC.

“Tener experticia en el tema neurológico, en la rehabilitación física, no que hayan por temas no se po, Kinesiólogos como IRA o ERA, no, tienen que tener especialidad” B1.

“Tener conocimiento de geriatría” A1.

“Tiene que tener manejo en el área musculo esquelética” A1.

Además de las habilidades recientemente expuestas, se menciona la necesidad de manejar temas en el área de gestión y de APS, ya que son fundamentales para el desarrollo de los centros.

“Podría decir el tema de APS como específico, y el tema de gestión, que siempre está ahí” A2.

Por otro lado se hace necesario destacar el manejo de habilidades blandas que debe tener el profesional. Dentro de estas, exponen en primer lugar el ser empáticos, ya que la

describen como una habilidad primordial para llevar a cabo el trabajo comunitario, al igual que el ser respetuoso con los demás y consecuente con lo que se dice, esta última se relaciona con el buen desempeño en el trabajo en equipo

“Ser asertivo, tener mucha empatía, lamentablemente no te sirve mantener distancia o querer situarse desde un rol más de poder frente al otro” C2.

“Tienen que ser respetuosos, súper atinados y ser súper consecuentes con lo que estás diciendo, no decir sí sí y después darte la vuelta y decir ¡no estoy de acuerdo con eso! La empatía con la gente, el trabajo comunitario, no creerse los “Diostores” si no creerse que ellos son facilitadores del proceso y eso cuesta un poquito” B1.

Además mencionan la importancia de que los profesionales manejen en profundidad en qué consiste la Rehabilitación Basada en la Comunidad, entender sus objetivos y metodología de trabajo.

“Creo que tiene que entender en qué consiste la Rehabilitación Basada en la Comunidad y situarse también en salud”. C2

“Yo creo que tiene que ver fundamentalmente con la autoformación y la capacidad de tener una visión abierta para saber aplicar lo que es propio de la disciplina, pero también incorporar lo que es disciplina anexa”. B2

Otro punto que cobra importancia es el manejo del trabajo en equipo, y el saber lidiar con la frustración, ya que exponen que es un factor importante cuando se plantean objetivos como equipo y estos no logran ser cumplidos por diversos motivos.

“Liberarse de los egos profesionales y aprender más a trabajar en equipo” C1.

“Lo primero es tolerancia a la frustración porque no todo sale tal como sale en el papel” D1.

También resaltan la existencia de un compromiso por parte del equipo para conseguir constantemente mejoras en la calidad del trabajo, tanto en lo clínico como en el trabajo comunitario, generando un equilibrio entre ambos componentes.

“Tienes que empezar a pensar en macro, que es tu centro, que tú quieres que funcione, que avance, tienes que poner tu grano de arena en este caso”. A2

“Lo que pretendo yo como coordinador es que haya un equilibrio entre lo clínico y lo comunitario, y la balanza no muy cargada muy a un lado ni a otro.” C1

Este compromiso con el trabajo a realizar se ve reflejado, entre otras cosas, mediante el perfeccionamiento constante que realizan los profesionales, el cual surge desde una inquietud personal para obtener nuevas herramientas y así mejorar la atención entregada.

“Están bien comprometidas con el tema de la estrategia, varios se especializan en diferentes horas, no sé yo tengo una colega que especialista en Bobath, tengo una con magíster en terapia manual ortopédica, tengo uno con diplomado en geriatría, ¿Te fijai?, todos tienen una formación de postgrado ya, porque... y lo hicieron acá, o sea estando acá, me refiero a que ellos se sintieron incentivados de que: “yo necesito tener más y mejores herramientas para yo entregar una mejor atención”, estando acá no porque quiera irse a otro lado”. A1

“Hay muchos de nosotros que tenemos formaciones de postgrado, que estamos interactuando porque nos involucra, o sea nos involucramos con la población”. A1

Junto a lo anteriormente expuesto también relatan la existencia de una preocupación constante, por parte del equipo de trabajo, de someterse a perfeccionamiento en temas propios de la disciplina.

“Hemos tenido períodos en los que ha habido por ejemplo, algún horario destinado a específicamente perfeccionar a los compañeros a lo mejor en algo que es propio de la disciplina y que los otros no manejan y que está siendo necesario para obtener una visión completa de las personas del centro, em... otras veces ha sido también el tema tener un horario determinado para compartir algún paper por ejemplo, desarrollar alguna temática, así que sí, ya existe esa instancia y siempre es una preocupación constante para todos” B2.

El compromiso de los equipos de trabajo reflejado mediante las especializaciones y las acciones mencionadas anteriormente, tiene su origen, tal como lo indican los

profesionales, en un fuerte componente vocacional, elemento que para ellos es primordial para poder desenvolverse en el trabajo con la comunidad.

“Los que estamos en RBC es porque queremos, más porque hay un tema vocacional que es bien potente con involucrarse con la población” A1.

“Nosotros hicimos participar a la gente y nosotros tuvimos esa visión de recoger eso” C1.

“Se necesita que tengas cariño por el trabajo, vocación por lo que estás haciendo, porque tampoco es un trabajo fácil” D1.

Esto último ha permitido un acercamiento con la población que ha generado la posibilidad de contextualizarse en la realidad de la comunidad con la que se trabaja, permitiendo conocer sus principales problemáticas y no quedar ajenos a las posibilidades que posee la comunidad para favorecer el reintegro social de los usuarios.

“Saber y contextualizarte en la comuna que tú estás trabajando también tienes que conocer al tipo de público, las características de la población, las características de accesibilidad que tiene la comuna, la contextualización histórica también, cómo se forma la comuna eso te hace entender también el sentido de pertenencia que tiene la gente en cuanto a cómo atenderla, cómo llegar a ella, cuáles son las principales problemáticas” C2.

“El objetivo final de nosotros no es que la persona se vaya de alta para la casa, si no que la persona que atendemos se vaya de alta porque logró incluirse o reintegrarse socialmente” C1.

Como señalan los profesionales los temas que más destacan por su relevancia en el quehacer en el trabajo dentro los CCR, son sobre todo el área Musculo-esquelética y de Atención Primaria de Salud, sin embargo el perfil de egreso, ya sea de universidad privada o estatal puede o no entregar herramientas para el desarrollo de las habilidades necesarias.

“Particularmente a mí me sirvió harto el tema visto desde el área de lo que es Músculo esquelético, fisioterapia” A1.

“Creo Que el perfil que me dio mi universidad me sirvió bastante para desenvolverme en el ámbito APS” A2.

“La formación que uno tiene de la universidad es más individualista, uno en su box, en su camilla ve a su paciente, pero no enseñan ese trabajo más en equipo ni en tema de la gestión, es como muy débil, ahora creo que se está potenciando más” C1.

Además sostienen que se caracterizan por comenzar a relacionarse con la estrategia, presentando un desconocimiento en torno a la RBC, como ya fue descrito, debido a la formación de pregrado débil en ámbitos relacionados a la estrategia. En relación a esto agregan que es un tema que también se manifiesta en actuales estudiantes en práctica que han estado a cargo de los profesionales de los CCR.

“yo creo que no hay ninguna herramienta que se haya transmitido como para un ámbito como éste, ¿ya?, por mi relación con universidades porque recibo estudiantes en su práctica, me da la impresión de que sigue estando débil esa parte, pero por lo menos se ha comenzado a hablar de algo sobre lo que es la intervención comunitaria” B2.

“yo creo que con suerte tuve un ramo que fue comunitario y práctica del mismo Ramo, o sea ni siquiera salimos más allá de eso. Preparación yo creo que va más en lo que viene de uno no más, más que preparación académica” D2.

A lo ya expuesto, agregan que el pregrado les entrega nociones básicas las cuales se consolidan por medio de las experiencias que se adquieren en el trabajo y en la práctica profesional.

“Según mi punto de vista de todos los lugares donde he trabajado la universidad no te entrega ninguna herramienta necesaria para que tú te puedas desenvolver solamente con eso, es más experiencia.” D1.

“Al final lo que te va dando o te va puliendo en el camino es la experiencia en práctica, es conocer realmente el funcionamiento de donde estás trabajando, pero si el pregrado te da como nociones básicas en realidad” C2.

Es por lo anterior, que algunos equipos de los CCR han decidido ser centros de práctica, para transmitirles a los futuros profesionales el trabajo que se realiza bajo la estrategia RBC.

“Nosotros creemos que la forma de empezar a vincular a los nuevos profesionales es ser centro de práctica... podemos transmitirles lo que estamos haciendo para que se replique” B2.

6.1.8 Trabajo que contribuye al bienestar del usuario

En torno al trabajo que contribuye al bienestar del usuario, cabe destacar dos puntos que buscan contribuir a este bienestar.

El primero de ellos se enfoca en la caracterización de la calidad de atención entregada por el equipo, la cual es descrita como una atención centrada en el usuario más que en la patología, siendo una atención cercana y contextualizada.

“Como está este abordaje más integral, permite hacer una evaluación más allá del deterioro físico, entonces se le pregunta con quién vive la persona, con quién se relaciona, como es su hogar, cómo es el entorno” C1.

“Yo creo que es de calidad la atención que se da, es cercana, es contextualizada. Somos capaces, o sea bueno, el equipo en sí es capaz de generar un vínculo con la gente que es potente en el proceso de rehabilitación y también marca pautas de mejora en el proceso de trabajo con la familia” C2.

“Es una atención más centrada en la persona, más que en la patología y esa es la clave creo yo” C1.

Otras características pertenecientes a este tema, son el respeto que existe de parte del equipo hacia los usuarios, respeto que se ve reflejado en temas como el cumplimiento de los horarios de atención acordado, hasta el buscar entender las causas de sus patologías, por medio de la escucha de las problemáticas de las personas.

“Desde el respeto hacia el usuario, que si le das una hora, que se atienda a esa hora, que se cumple siempre, o sea a lo más un paciente puede esperar cinco minutos” A2.

“Tú tienes que demostrar, llegar a la hora, tener ciertas actitudes que es de una persona que está trabajando con personas, no produciendo chocolates ni mesas ni sillas, tú estás trabajando con personas” B1.

“Lo otro que es escuchar mucho a las personas y entender por qué se ocasionan las cosas, ir a la causa, más que enfocarse en la consecuencia” C1.

Además el equipo de trabajo de los centros busca transmitirle constantemente al usuario la importancia de hacerse cargo de su situación de salud.

“Es una atención súper personalizada, por una relación bastante horizontal, ¿ya?, en la que se transmite principalmente la importancia de la persona como persona, más allá de sus capacidades y en donde les transmites el interés de hacerte cargo de tu propia situación de salud” B2.

Otro aspecto importante dentro de la caracterización de la calidad de atención, es la cohesión que se logra al interior del equipo, lo que les permite un trabajo satisfactorio y en coordinación, trayendo consigo una mejor atención entregada al usuario.

“Es como bien unido, ahora estamos haciendo hartas reuniones, entonces nos ponemos metas; entre nosotros igual somos amigos entonces somos un equipo joven también que tiramos a no quedarnos aquí dentro de lo poquito que tenemos, si no que tratar de avanzar con más cosas” D2.

“Hay un equipo done se puede discutir, conversar y plantear nuevas opciones de tratamientos, lo que siempre va a ir en beneficio de los usuarios” A2.

Junto con lo anterior, los equipos destacan que a pesar de ser muchas veces insuficientes los insumos disponibles, los profesionales constantemente buscan estrategias que les permitan entregar el mejor servicio, sin contar con gran variedad de tecnología, gracias a la inalterable calidad humana de los equipos.

“Yo siento que estamos un poco débiles, pero por el tema de materiales, o sea yo creo que a pesar de que uno gestione todo lo posible yo creo que nos faltan muchos recursos y tecnología para dar una mejor atención a nuestros usuarios. Y desde la parte de calidad humana y todo eso está perfecto” D2.

“El trabajo que se hace aquí es bastante bueno, con o sin recursos, con o sin elementos, con o sin infraestructura, por lo menos aquí y en el otro CCR de aquí de la comuna el trabajo se hace de muy buena forma” D1.

Otro punto que ha sido destacado como necesario para la contribución del bienestar de los usuarios atendidos en los CCR, es la sistematización de información. Esto se ha transformado en un ámbito muy importante dentro de los equipos, ya que les ha permitido el poder concretar proyectos, mediante el levantamiento de las necesidades que han surgido desde los centros.

“Lo que pasa es que para poder lograr concretar proyectos y que esto ya se transforme en algo más extenso hay que levantar la información y cada comuna tiene que mostrar la necesidad” C1.

Dichas sistematizaciones además permiten mantener visible la necesidad de incorporar a un mayor número y variedad de profesionales a los equipos de trabajo.

“Presentar ésta alta demanda, estás lista de espera, esta necesidad de la gente por tener atención te abre la posibilidad también de incorporar a más gente” C2.

“Nosotros en el primer encuentro de RBC el fonoaudiólogo acompañado por otros fonoaudiólogos hicieron un informe, hizo un estudio y lo llevaron a un poster y lo hemos hecho manifiesto en miles de actividades que hemos tenido, o en reuniones que nos piden la opinión de consulta online siempre lo mostramos. Lo hablamos con la sub secretaria de redes asistenciales también que es una necesidad” B1.

Junto con lo anterior, les ha brindado la oportunidad de compartir las mejores estrategias que han desarrollado para llevar a cabo el trabajo de la mejor manera.

“Hay cosas que no nos resultaban, talleres que no tenían mucha convocatoria, entonces fuimos viendo estrategias que nos resultaban mejor y eso después se sistematizó en esa revista” C1.

Por otro lado, el equipo de uno de los centros, expone que ellos no han practicado la sistematización de información, sino que la resolución de necesidades la han realizado mediante contactos internos, una manera que ellos describen como informal.

“Más que nada contactos, contactos que de repente uno pueda decir “Oye en tal actividad conocí a ésta persona de la muni qué tiene esta relación” y me comunico yo a través de correo para ver si puedo tener respuesta, pero más que nada eso, es informal” D2.

6.1.9 Valoración de las guías

Referido a la valoración que les brindan los profesionales a las guías metodológicas, se ponen de manifiesto dos aspectos. Por un lado uno muestra las debilidades de las guías, mientras que el otro expone la valoración positiva que le entregan los profesionales a las mismas.

En primer lugar, se destacan aquellos aspectos, que bajo la percepción de los profesionales, están aún siendo débiles.

A partir de lo que relatan los profesionales se puede extraer en primer lugar, la existencia de una falta de retroalimentación desde lo local hacia lo central, hacia las autoridades, retroalimentación que permitiría hacer visibles las necesidades percibidas desde los centros, ya que de esta manera existiría la posibilidad de mejorar algunas de las directrices planteadas en las guías, que no son basadas completamente en la realidad del contexto en el que se encuentran los CCR.

“Siento que es muy necesaria la retroalimentación desde lo local hacia lo central, eh... y hay algunos ítems por ahí que uno podría cuestionar, que no son tan basados en la realidad de lo que pasa, pero! en el fondo uno lo tiene que hacer si o si, porque si no! No te llegan las lucas” C2.

“Estas orientaciones que finalmente son directrices uno trata de orientarse en lo que puedes tu realizar, pero hay cosas que no te da, o sea la orientación te dice que, por ejemplo, tienes que atender a un usuario de ACV 60 minutos Ojalá y de forma exclusiva y no es así” A1.

Otro punto que para los profesionales cobra importancia es el deficitario trabajo con la comunidad que se puede realizar en los centros, lo que los lleva a hablar del término rehabilitación con base comunitaria, y no de una rehabilitación basada en la comunidad.

“Generalmente lo que hacemos acá es base comunitaria, o sea tenemos algunas prestaciones que las hacemos en comunidad y listo, pero la gracia es que sea basada en la comunidad” A1.

“En si hablan de una rehabilitación basada en la comunidad, que es poco lo que se ve, en realidad es de base en la comunidad” A2.

Además exponen que lo anterior, guarda directa relación con otro punto categorizado por ellos como débil, el cual es que la estrategia es cuantificada mediante cumplimientos de metas, cosa que para ellos apunta a temas más asistencialistas, dejando de lado el tema biopsicosocial, aspecto que, según su opinión, no se puede cuantificar, sino que debe ser recogido desde una mirada cualitativa.

“Necesitas horas para hacer esa prestación y están súper cerradas por el tema de cumplimiento de metas que están asociadas a eso, de hecho las metas están enfocadas en temas asistencialistas no están enfocadas en temas de desarrollo más en comunidad”. A1

“Lamentablemente todo el tema de salud, en todo estadio, se hace a través de metas, de cumplimientos de metas, y esas metas involucra bonos o el pago o la continuidad del

programa para el próximo año y tú la rehabilitación no la puedes cuantificar, es mas cualitativa, entonces ese es un problema que tenemos”. B1

Por último los profesionales mencionan una debilidad que consideran que de ser solucionada, se fortalecería aun más la atención entregada a los usuarios. La cual es la necesidad de incorporar formalmente a otros profesionales de la salud, como al fonoaudiólogo.

“No hay profesional fonoaudiólogo que sería súper positivo el tema de darle mayor énfasis” A1.

“Nosotros hemos criticado mucho al ministerio de salud y al servicio de salud porque el fonoaudiólogo es necesario” B1.

6.1.10 Intersectorialidad

En cuanto a los vínculos que se realizan entre los CCR que pertenecen al área de Salud y entre organismo de distintas áreas, sólo dos centros de los cuatro incluidos en el estudio refieren hacer trabajo en red.

Como refiere uno de los entrevistados la RBC en Chile está planteada desde al ámbito de la salud y no desde otras áreas que están dentro de la matriz de la RBC, es por esto que como centro deben vincularse con estas otras áreas.

“En Chile, la RBC está parada desde salud, no desde vivienda, no desde educación, si bien la matriz de RBC comprende esas áreas al final en la práctica se desarrolla desde salud y ahí uno tiene que vincularse con estas otras áreas más macro, entender eso” C2.

Estos vínculos que se generan son principalmente con organismos que pertenecen a la municipalidad. Con respecto a esto, cabe destacar que uno de los centros ha logrado generar mesas de trabajo con entidades de diversas áreas, con el objetivo de brindarles herramientas a los usuarios del CCR para la inclusión.

“Tenemos muchas mesas de trabajo donde trabajamos en pro de la inclusión social, tenemos una mesa en la OMIL, una mesa de salud, tenemos una mesa de educación, de desarrollo urbano y medio ambiente y ahí nos vamos vinculando con ellos para trabajar” B1.

“También trabajamos con la oficina de intermediación laboral, la OMIL, trabajamos con el COSAM, todo lo que es salud primaria” B2.

Por otro lado, uno de los centros pertenece a la oficina de discapacidad de su comuna, con los cuales realizan reuniones periódicas, para mantener una coordinación adecuada en beneficio de los usuarios.

“En la comuna hay un programa de discapacidad con el cual, bueno, es muy asistencialista su funcionamiento y que atiende ayudas sociales más que nada, entonces con ellos nos hemos vinculado” C2.

“Tratamos de programar reuniones con la dirección de organismos comunitarios nos vinculamos también, hacemos periódicamente alguna reunión o alguna mesa de trabajo respecto a temas específicos que nos competan a ambos, también que sea en beneficio tanto de las personas, de los vecinos de la comuna, como del trabajo mutuo que cada uno tiene. Se da la posibilidad de poder conectarte con las distintas áreas municipales.” C2.

Como indica uno de los entrevistados, este entendimiento con diversos organismos municipales, apunta a que todos son responsables de entregar la mejor atención a las mismas personas.

“Corresponde más que nada a un entendimiento de que trabajamos en la misma comuna y de que somos responsables de la misma población” B2.

6.1.11 Visión de la estrategia

Algunos de los principales ejes de la estrategia de Rehabilitación basada en la comunidad que hemos desprendido de las entrevistas realizadas a los profesionales de los CCR son el trabajo comunitario, que se desarrolla con los usuarios y sus familias, el empoderamiento social por parte de la comunidad, la valoración por parte de los profesionales a esta estrategia de rehabilitación, y en base a las experiencias de los equipos, los elementos que deben tener modificaciones para que la estrategia siga potenciándose y teniendo mejoras.

En lo que respecta al trabajo comunitario, se desprende que lo consideran algo fundamental para la realización de este trabajo.

“Es imprescindible, y en el Bosque no ha sido una complicación porque están acostumbrados a trabajar por el otro” A1.

“Se dio más fácil el tema comunitario, nosotros nos dimos cuenta que era importante contar con ese apoyo para ejercer el programa” C1.

Si bien el trabajo comunitario debe incorporar variables socio-culturales, teniendo como objetivo llevar a cabo transformaciones estructurales, la nueva manera de trabajar en comunidades necesita otra metodología de acción. Es a partir de esto, que se habla de promoción socio-cultural, definiéndola como el conjunto de programas, actividades o acciones destinadas a ser trabajadas con la participación de la comunidad, con el fin de producir transformaciones en los niveles de vida de ésta, incorporando no sólo acciones que satisfagan necesidades de orden material, sino socio-culturales, siendo la actividad central la educación de la población. Esto se ha podido llevar a cabo por medio de la realización de diagnósticos participativos y difundiendo el tema de discapacidad con las familias y distintas agrupaciones, tales como adultos mayores o juntas de vecinos.

“Con el equipo tratamos de generar estrategias, bueno, con el equipo y con la gente, los diagnósticos que hemos hecho, los diagnósticos participativos que se han hecho, se tratan de poder aunar criterios, ir a trabajar ojalá lo más equilibrado entre lo clínico y lo comunitario” C2.

“Entonces el trabajo que hacemos es trabajo con la familia, trabajo con las agrupaciones de adulto mayor, con juntas de vecinos, difundiendo el tema de la

discapacidad de manera de que, de ir generando como un cambio de conciencia de lo que es una persona con discapacidad” C1.

“Tenemos charlas también que se dan a los familiares y a las personas en situación de discapacidad que pueden ser sobre la patología que los afecta o sobre beneficios a los que pueden optar” B1.

Dentro de las estrategias que se instauran en los centros, dirigidas a establecer el trabajo comunitario, se encuentra la realización de talleres comunitarios, que son realizados por profesionales de los equipos de los centros a usuarios de éste.

“Bueno acá hay horas destinadas de trabajo con la comunidad, unos talleres que se realizan acá, se ve bastante el tema comunitario, y se han formado grupos bien interesantes, bien buenos en general” A2.

De estos talleres que se realizan, algunos resultan ser de educación grupal los cuales se imparten luego de haber realizado un trabajo individual con los usuarios. Dichos talleres de educación grupal se realizan según las condiciones de salud base que presentan los integrantes de los talleres.

“Trabajar con la comunidad implica educarlos acerca de ponte tú, pie diabético, la artrosis” C1.

“Después del trabajo individual con el paciente, en donde tu trataste su dolor, tu trabajaste sobre su no sé ‘hombro doloroso’, después de eso viene una educación grupal, donde tu agrupas a pacientes afines con la misma patología, donde tú le enseñas y lo educas sobre esa patología” D1.

Además estas educaciones grupales, son una medida que utilizan los CCR para realizar promoción y prevención con los usuarios de la comunidad.

“Lo que hacemos es crear un taller comunitario para usuarios con ese tipo de patología, que sea un tema de promoción, de prevención y de actividad física”. A1

Dentro del contexto de trabajo comunitario se realizan talleres de ergoterapia a cargo de los terapeutas ocupacionales de los centros, donde los usuarios eligen a cual asistir.

“También las terapeutas ocupacionales hacen muchas ergoterapia en usuarios con Parkinson principalmente talleres de mosaico, de manualidades, de estimulación cognitiva” A1.

“Cuando ellos terminan las educaciones grupales y ellos pasan los talleres, se les dan distintas opciones: de cocina, de mosaico, de manualidades, de costuras, miles de cosas y ellos deciden qué cosas van a hacer” C1.

Estos talleres de ergoterapia han permitido incentivar el trabajo grupal entre los usuarios, lo que eventualmente les permite organizarse y formar agrupaciones independientes.

“Se hace mucho ergoterapia, pero no con el concepto de ergoterapia para aprender habilidades, si no que para promover más el trabajo grupal, el cohesionarse y ellos mismo después pueden formar organizaciones y después se siguen juntando y hacen sus convivencias” B1.

“Bueno ahora mismo nosotros teníamos hasta principios de éste año un taller de cocina que partió como taller hace años, que ya están independizadas, hasta ellas mismas nos dicen: ‘no, nosotras ya no queremos seguir con ustedes, queremos sacar la figura legal de nuestra agrupación, vender almuerzos acá’. Bueno perfecto háganlo y empezamos con otra formación de talleres, en este caso de cocina, y eso mismo le va abriendo las puertas a otros” A2.

El trabajo comunitario no sólo se realiza con los usuarios que se atienden en los CCR, sino que también se extiende a los cuidadores de los usuarios, monitores y a la comunidad externa al CCR, lo que ha permitido generar vínculos con distintas organizaciones.

“Nosotros tenemos un taller, en promoción, un taller de vida saludable, vinculamos a todos, tanto a la comunidad organizada como a la no organizada, a los usuarios y los mismos profesionales van haciendo los talleres, entonces se van insertando en el mundo de las organizaciones” B1.

“Tenemos un taller, que lo hace la otra terapeuta, de cuidados al cuidador” C2.

“Este año se está trabajando mucho con los monitores por el tema de sobrecarga, con talleres con la psicóloga” B1.

La realización del trabajo comunitario no sólo depende del desempeño de los profesionales que trabajan ligados a la RBC, sino que también depende de las características de los usuarios, tales como el nivel de escolaridad, paradigmas de la sociedad, machismo, entre otras. Los cuales influyen en el nivel de empoderamiento de la población y a la vez esto último en que sea posible la realización del trabajo más comunitario.

“La población que viene es una población que es pobre, es de bajo nivel de escolaridad, entonces es difícil que la gente se empodere” A1.

“Yo creo que es importante, que es positiva esa colaboración por parte de la comunidad, pero que las personas que también componen están limitadas por ciertos paradigmas que están arraigados en nuestra sociedad, como el asistencialismo, algunas limitantes también como el machismo, por ejemplo” B2.

“Hay muchas barreras que no te permiten empoderar a la población y que finalmente se formen este tipo de monitores, yo creo que hay cosas que son más complejas que uno las puede saber y eso tú la sacas de los diagnóstico participativo, no es solamente una opinión” C1.

El empoderamiento de las personas que asisten a los CCR resulta ser el fin que se pretende conseguir mediante la realización del trabajo comunitario, es decir lograr que las personas se involucren en su rehabilitación y sean usuarios activos dentro de este proceso.

“Todas las etapas que aparecen en las orientaciones, todas las etapas que se realizan acá en el centro o en todos los CCR, van hacia eso, a que el paciente o usuario se empodere un poquitito del cuento de su patología, de su dolencia, y que aprenda a vivir por lo menos con lo que tiene” D1.

“Se les transmite el interés de hacerte cargo de tu propia situación de salud, ¿ya? traspasando también la responsabilidad de exigir derechos, pero de cumplir también con ciertas obligaciones que uno debe cumplir para con uno mismo” B2.

Por otro lado la valoración de los profesionales a la estrategia de RBC es positiva, ya que mencionan que tiene éxito y funciona bien lo que ellos ven plasmada en la retribución por parte de los usuarios.

“De que funciona, funciona, de que tiene éxito también tiene éxito, de que se notan los resultados, que la gente se va contenta y por lo menos siente que tiene un espacio donde lo escuchan, donde lo acogen, donde les tratan sus dolencias también es cierto, entonces de que funciona, claro que sí.” D1.

“Operamos bien, tratamos de ver una gran cantidad de usuarios, quizás el trato es mucho más cercano, eso sí lo hace mucho más acogedor y se ve reflejado también en los usuarios, hay reciprocidad” A1.

Sin embargo una de las entrevistadas opina que la estrategia presenta un problema y es que el tiempo en que el usuario comienza su rehabilitación es muy tarde desde que se gatilla su condición de salud, por lo que la inclusión a la comunidad se hace de forma tardía.

“Hay un déficit porque el paciente debería venir antes para hacerse una RBC de verdad, o sea que el paciente se incluya antes a la comunidad no cuando ya lleva 5 o 10 años en su casa sin haber hecho nada, sin haber tenido rehabilitación en todo ese tiempo, entonces yo creo que partimos un poco cojeando con la RBC desde un inicio” D2.

Por otra parte lo que destacan de esta estrategia es que su principal eje de atención es el enfoque biopsicosocial, por lo tanto ya no solamente se enfoca en la atención del deterioro físico, sino que también en sus limitaciones y como afecta esto a su contexto.

“La estrategia RBC lo bueno que tiene es que se logra cumplir o se acerca más al modelo biopsicosocial, que es no solo enfocarse en la disfunción ni el deterioro, sino también en la limitación y en la participación” C1.

Otro punto relevante de esta estrategia, es el saber trabajar en conjunto con otras entidades, ya que es necesario complementar el proceso de rehabilitación teniendo en consideración, que el trabajo realizado en los centros es un aporte para este proceso, siendo necesaria la participación desde otros sectores para completarlo.

“La estrategia se forma con el conocimiento de todos, al saber popular, en cierta forma es democratizar el conocimiento y que no quede exclusivamente a una profesión” C1.

“Nos costó un poquito entender que nosotros somos una parte no más del RBC, no significa que nosotros tenemos que hacer toda la pega, nosotros hacemos la R y podemos hacer algo de C” B1.

“Esta es una estrategia de hacer responsable al otro, esto es una triada, un trabajo en equipo con la comunidad” B1.

También expresan que la estrategia tiene un futuro promisorio, pero que depende de que todos los sectores, educación, salud, laboral, etc., comprendan bien de qué se trata la estrategia, ya que se está en una etapa de transición para llegar a entender esta manera de rehabilitación.

“Requiere mucha evolución social, de la comunidad en general, como de cada uno de los individuos que la componen, ¿ya?, entonces por eso decía utópica porque siento que es bastante difícil y que estamos muy lejos de eso, pero yo creo que la forma en que se aplique y en la que la aplicamos nosotros en particular es bastante adecuada creo que estamos en el camino correcto” B2.

“Yo creo que tiene buen futuro, o sea apunta hacia algo que es necesario en verdad, pero que todavía para los que estamos trabajando en esto, las administraciones de los CESFAM, las direcciones de salud de la comuna, no todas, quizás hay algunas que logran entender el concepto de rehabilitación basada en la comunidad, yo creo que va a hacer una transición la verdad” C2.

Junto con la valoración que ellos le dan a esta estrategia de rehabilitación, también nos proporcionan sus propuestas para generar mejoras en la implementación de ésta.

Uno de los elementos que consideran los profesionales para el mejor desempeño en la estrategia, apunta a aumentar el recurso humano que trabaja en los centros, lo que para ellos sería útil para ayudar a entregar una atención de mayor cobertura y calidad a la población, lo que además contribuiría a disminuir la lista de espera de los usuarios y poder realizar de mejor forma el componente comunitario que contempla esta estrategia de rehabilitación.

“Debería haber a lo mejor una persona destinada solamente al componente comunitario, de comunidad, pero no está” A1.

“Se necesitan más personas para lograr satisfacer la ‘R’ de Rehabilitación, ¿ya?, o sea nosotros no podemos pretender lograr la inclusión en la participación social si vamos a ver a la persona una vez a la semana, dos veces a la semana, una persona con alguna discapacidad es necesario tener eso bien cubierto” C1.

“Una crítica, es el tiempo de espera, que a uno le gustaría a lo mejor que no pasara tanto tiempo entre una sesión y otra, en hacer el ingreso y eso está relacionado totalmente con que la población es muy grande y los profesionales son muy pocos, faltan, falta profesional” A2.

Esta mejora del recurso humano también se refiere a ampliar la diversidad de profesionales que están considerados en la implementación de esta estrategia, ya que como quedó en evidencia en análisis anteriormente expuestos, el fonoaudiólogo es necesario dentro de ésta, además de más profesionales como asistentes sociales y administrativos.

“Que haya un fonoaudiólogo también, es súper importante que todas las salas de RBC tengan un administrativo, porque por lo general los equipos no tienen” C1.

“porque hay otras prestaciones que a lo mejor son necesarias, que son ponte tú, lo de la asistente social” A1.

A lo anterior se agrega el poder aumentar la población atendida, ampliando los rangos etarios y patologías atendidas, además de generar una extensión del horario de atención para permitir el ingreso de usuarios que actualmente no pueden hacerlo por limitación horaria.

“Ampliar el rango etario y atenderlos a todos, hemos entrado con el tema psíquico mental, el tema visión pero no hemos avanzado en el tema de discapacidad auditivo y físico ha sido mas nuestro sello, pero deberíamos ampliarnos a otras discapacidades y otros rangos etarios” B1.

“Podría ampliarse un poco la cobertura en cuanto a horarios para llegar a más gente, de otro tipo de población, la gente que trabaja durante el día que no puede atenderse durante la tarde o lo chicos que están en el colegio también” C2.

Finalmente los profesionales se proyectan a poder contribuir a una real inclusión de los usuarios, posicionar más el tema de discapacidad, para lograr la igualdad de oportunidades y que la sociedad logre reconocer que las personas en situación de

discapacidad, son personas de derecho y que es tarea de nosotros en conjunto derribar las barreras de su contexto.

“La invitación o la proyección quizás podría ser a ampliar el tema de los espacios para la rehabilitación, posicionar más el tema de la discapacidad y llegar en el fondo a una real inclusión, una real participación de la ciudadanía, de igualdad de oportunidades, con derechos, deberes, el acceso universal” C2.

“Que el granito de arena que aportamos se agrande y que nuestro trabajo se note del punto de vista que las personas en situación de discapacidad se incluyan realmente y dejen de ser vistos como persona discapacitada o en situación de discapacidad y que sean simplemente persona” B2.

6.2 Consideraciones finales

Luego de haber avanzado en esta investigación, tenemos una visión de la condición en la cual se enmarca la RBC en los CCR del sector sur de la Región Metropolitana de Chile. Para exponer nuestras consideraciones finales, nos basaremos en la información proporcionada por los entrevistados y la información teórico conceptual utilizada como respaldo de nuestra investigación. Además es necesario destacar que estas se harán en base a la información recopilada de las entrevistas, correlacionándolas con lo propuesto en las orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en APS 2010-2014, las cuales están desarrolladas siguiendo los lineamientos de las guías para RBC propuestas por la OMS y adaptadas al contexto nacional.

A pesar de seguir estos lineamientos, las guías propuestas por la OMS y las Orientaciones Metodológicas chilenas, muestran claras diferencias entre ambas, como quedó expuesto en el marco referencial, como por ejemplo que en nuestro país la estrategia se implementa desde una mirada de rehabilitación de discapacidad física, debido al actual

proceso en el que nos encontramos, de transición desde lo biomédico hacia lo biopsicosocial, abordando solo las intervenciones de salud y acceso a esta, priorizando el trabajo desde este sector y no desde otros componentes involucrados. Debido a que en Chile esta estrategia se plantea desde el área salud, desde la cual se busca generar redes con los otros componentes claves de la matriz (salud, educación, subsistencia, social, fortalecimiento), lo que constituye una contradicción con lo que recomienda la OMS, que plantea que sea un enfoque multisectorial, en donde estos componentes se interrelacionan de forma paralela y horizontal. A pesar de ello, a través de la construcción de información pudimos notar que solo algunos equipos de CCR realizan este trabajo con otros sectores, mientras que en la mayoría existe un trabajo solo en el área salud.

Otro aspecto que destacaremos es el trabajo en red que se realiza dentro del sector salud el cual, como se plantea en las Orientaciones Nacionales, al ser realizado de manera eficaz, permite constituir una red de rehabilitación del servicio de salud, en definitiva la cartera de servicio que entregará esta red (servicios que ofrece cada nodo de la red y la complejidad de cada establecimiento), conocer la demanda que llegará al centro y establecer mecanismos de referencia y contra referencia. Para lograr este adecuado trabajo en red en sector salud, es primordial mantener una adecuada comunicación, para lograr la transmisión del propósito de trabajar todos hacia el mismo objetivo.

Con respecto a esto pudimos constatar que no todos los nodos de la red de salud, facilitan el propósito ya expuesto, ante lo cual los equipos de los CCR han establecido distintos métodos de comunicación con los demás centros de la red de salud, lo que les ha permitido resolver las dificultades que se presentan debido a la falta de comunicación y de entendimiento por parte de los otros centros en torno al propósito de esta estrategia.

Siguiendo con la importancia de comunicar el propósito de esta estrategia, debemos destacar, que no solo es relevante la comunicación intersector, sino que también generar una difusión de esta estrategia a la sociedad, para que exista una democratización del conocimiento sobre el tema discapacidad y rehabilitación, generando el empoderamiento social necesario para que desde la sociedad se realicen modificaciones necesarias para la inclusión. Sin embargo, a pesar de la importancia de la difusión, pudimos percibir que existe un temor por parte de los equipos, a que la estrategia se masifique sin existir una preparación social, tanto de las personas e instituciones, para dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de discapacidad, tal como expresa B2

“Tiene que ver con las barreras sociales principalmente, porque por ejemplo no tenemos la instancia de no sé, incorporar algunos de nuestros usuarios, por ejemplo en el centro gerontológico, pero el centro gerontológico tiene la limitación de que trabajan sólo con adultos mayores autovalentes, entonces ¿cuál es la lectura que yo hago de eso? es que se está priorizando que una persona sea autovalente, no es que se esté priorizando, si no que estamos definiendo a una persona como adulto mayor cuando es ‘normal’ versus que cuando una persona está en situación de discapacidad ya no es adulta mayor, sino que es solamente discapacitado”.

Como queda en evidencia en la cita anterior, se generan subdivisiones de las poblaciones a trabajar, agrupando a las personas según sus condiciones, trayendo consigo otra problemática, la que apunta a la creación de distintos programas dirigidos a las personas según la condición de salud, impidiendo el fortalecimiento de un programa que abarque a todos de manera integral.

En cuanto a la implementación particular de cada centro, podemos agregar que ésta va sufriendo modificaciones en el transcurso del tiempo, en respuesta a la población cubierta, el rango etario y patologías, reflejándose en el aumento de los recursos financieros y humano, en cantidad y diversidad, mediante la incorporación de profesionales ya existentes y otros que actualmente no están en la canasta básica.

Estas modificaciones se relacionan directamente con las posibilidades de actividades a realizar por los equipos de los centros, para favorecer el crecimiento de esta estrategia. Como pudimos apreciar, algunos equipos demuestran los resultados de su trabajo mediante la constante sistematización de él. Por medio de esto también se hacen visibles las necesidades, ya que como menciona A1, “si no se hace visible una necesidad esta simplemente no existe”, además de que les brinda la posibilidad de mostrar la efectividad de su trabajo.

Por otra parte pudimos detectar un aspecto de gran relevancia que bajo nuestra mirada, es un tema que retrasa este cambio de paradigma, desde lo biomédico a lo biopsicosocial, el cual es el desconocimiento que presentan los profesionales al comenzar a trabajar bajo esta estrategia. Lo categorizamos como un tema que retrasa esta transición, porque el que no conozcan a cabalidad esta estrategia desde un principio, no les permite realizar el trabajo comunitario desde un inicio, muchas veces limitándose solo al desempeño

en el área asistencial, dejando en parte al debe el área de trabajo comunitario. Lo que impide el reconocimiento de los factores culturales locales y el reconocimiento de las necesidades de la población para generar redes con los principales actores locales, como autoridades, ONG, entre otros. Esto para entregar en conjunto las herramientas necesarias para lograr la inclusión. Siendo todo lo anterior, aspectos fundamentales de la estrategia.

Otro tema que bajo nuestro criterio amerita ser considerado, son las inducciones de tipo informal que refieren recibir los entrevistados, junto con la autoformación en RBC, dos acciones las cuales hacen frente a este desconocimiento antes mencionado, lo que deja en evidencia que no existe una forma establecida que brinde la entrega de estos conocimientos en torno a la estrategia RBC. Las capacitaciones se orientan principalmente a temas relacionados con aspectos terapéuticos de las distintas patologías y condiciones de salud específicas. Con respecto a esto las guías para RBC recomiendan que se realicen capacitaciones, que cubran una amplia gama de áreas, por ejemplo los derechos de las personas con discapacidad, desarrollo comunal y prácticas inclusivas, comunicación y destrezas básicas de rehabilitación. A partir de esto podemos agregar que si bien se recomienda que a los profesionales se les entreguen las herramientas necesarias para el desarrollo íntegro de la estrategia, esto en la realidad local investigada es muy diferente, ya que como mencionamos, este ámbito parte débil por la falta de conocimiento y continúa de tal forma, ya que las capacitaciones que recomiendan las orientaciones nacionales hacen referencia a herramientas relacionadas al liderazgo en el tema de discapacidad y rehabilitación, pero no se observan otras dirigidas al manejo del desarrollo comunitario, tal como refieren los entrevistados.

En cuanto a la valoración que los profesionales les brindan a las guías, consideramos que es relevante destacar que la situación de que la estrategia sea cuantificada mediante el cumplimiento de metas, es un aspecto que bajo nuestra mirada y la de los entrevistados se percibe como carente de una relación con el objetivo, ya que el ser de esta forma se crea un distanciamiento entre lo comunitario y lo clínico, producto de que el recurso humano disponible no es el necesario para cumplir con estos dos ámbitos, priorizando lo clínico, ya que es lo que consideran las metas comprometidas, siendo un método inapropiado, ya que no atiende en su conjunto los distintos aspectos que están involucrados, y desplaza la calidad de atención e invisibiliza a otros aspectos que no son medibles mediante un método cuantitativo.

En relación a este punto, queremos resaltar que las orientaciones son directrices, lo que permite que los equipos desarrollen estrategias que les brinden la posibilidad de llevar a cabo de la mejor manera posible el trabajo en esta estrategia, teniendo en consideración que la existencia de metas siempre van a ser una condicionante en este.

Por último queremos poner de manifiesto que el perfil profesional que deben poseer quienes se desempeñan en esta estrategia, apunta a no solo manejar habilidades en áreas específicas de salud, sino que también al desarrollo de habilidades blandas, las que se hacen necesarias para permitir entender que no somos entes rehabilitadores, sino que somos parte de un proceso de rehabilitación, para lo que es primordial la capacidad de trabajo en equipo y de librarse de los egos profesionales. En este proceso creemos que en el desarrollo de estas habilidades juega un papel primordial el Ministerio de Salud, SENADIS y la formación entregada en pregrado, así como también en la entrega de contenidos sobre y relacionados con la estrategia, saliendo de la formación tan biomédica para entregar una mirada más completa y orientada a lo biopsicosocial, para lograr generar las bases que favorezcan potenciar esta estrategia a nivel país. De seguir en esta línea de acción actual, formando profesionales con enfoque biomédico, no tendrá sentido potenciar una estrategia basada en la comunidad ya que uno de los actores no estará en la necesaria sintonía y coherencia.

Por último, destacaremos la necesidad que plantean los entrevistados de que las autoridades se involucren directamente en la realidad del funcionamiento de los centros, con el propósito de obtener una mejor comprensión de la forma en la que se aborda la estrategia en cada uno de ellos, y vivencien las necesidades tal como lo hacen los equipos a cargo.

Capítulo 7: Proyecciones de la investigación

7.1 Proyecciones

Durante el transcurso de la investigación han surgido diversas interrogantes, y algunas de estas requieren de mayor profundización en el tema y de nuevas investigaciones. Es por esto que dentro de nuestras proyecciones, está el interés de dar a conocer nuestra investigación, para así exponer los resultados arrojados a partir de ella.

Creemos que la estrategia RBC, es una gran herramienta pero como ya fue mencionado, requiere mayor investigación para seguir contribuyendo a su mejora continua. Frente a esto, se hace necesaria una profundización en las falencias detectadas para ser un aporte en la búsqueda de soluciones de estas. Algunos de los aspectos que podríamos resaltar, es la necesidad de realizar una revisión a los métodos de evaluación que actualmente se utilizan en la estrategia, ya que como fue expuesto en la investigación, actualmente las evaluaciones para verificar la efectividad de la estrategia son principalmente de índole cuantitativas, muy pocas cualitativas, siendo estas últimas, evaluaciones que no indagan en la efectividad de la estrategia percibida por los usuarios.

Otra tema a abordar, es la importancia de que en pregrado se integren herramientas necesarias para el trabajo en RBC, ya que no se puede permitir que profesionales que están insertos en esta estrategia, no manejen temáticas orientadas a esta. Debe existir un compromiso por parte de las casas de estudio para que desde la formación se incorporen temas relacionados a lo comunitario, y de esta forma entregar los conocimientos necesarios a quienes serán los futuros encargados de implementar la estrategia RBC a nivel nacional.

Otro aspecto que consideramos, es el necesario fortalecimiento al proceso de difusión de la estrategia, ya que esto es de suma importancia para permitir que se concrete el trabajo intersectorial y fundamental para que la sociedad en su conjunto interiorice que la inclusión es tarea de todos, todos somos responsables de eliminar las barreras del contexto en el que nos desenvolvemos, que impiden un completo desarrollo de las personas en situación de discapacidad. Es necesario un proceso masivo de sensibilización frente al tema discapacidad.

En definitiva apuntamos a una revisión exhaustiva de todos aquellos temas que contribuirán a que la estrategia se potencie y principalmente esperamos que nuestra

investigación sea un aporte para que futuros profesionales de nuestra área, valoren que somos parte fundamental en el cumplimiento de objetivos de esta estrategia, por lo que debemos estar preparados para enfrentarnos a ella con todas las herramientas necesarias.

Referencias Bibliográficas

1. Banco Mundial. (2009). *Discapacidad y desarrollo inclusivo en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 4 de marzo de 2016 de <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20286156~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282699,00.html>
2. Castillo, E. Vásquez, M. (2003). *El rigor metodológico en la investigación cualitativa*. Colombia médica. 164-167. Recuperado el 20 de Marzo de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>.
3. Centro de atención Infantil Piña Palmera A.C. (2009). *Rehabilitación Basada en y con la Comunidad: Una estrategia para la promoción de los derechos de la infancia y la juventud con discapacidad en comunidades rurales e indígenas de Oaxaca, México*. Recuperado el 4 de Marzo de 2016 de http://infonez.mx/files/MejoresPracticas2009_2dolugar.pdf
4. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (2011). *Desarrollo Inclusivo con Base Comunitaria: Una estrategia para la inclusión social de las personas con discapacidad y el desarrollo de las comunidades desde el enfoque de Derechos Humanos (1° Ed.)*. Costa Rica. Recuperado el 4 de Marzo de 2016 de http://www.academia.edu/4513725/592_desarrollo_inclusivo_basado_en_comunidad_una_estrategia_para
5. Dabas , E., & Perrone, N. (1999). *Redes en salud*.
6. Diaz, U. (2013). Rehabilitación. *Rehabilitación Basada en La Comunidad (RBC): Reflexiones, dificultades y controversias*. *ELSEVIER*.47 (2), 61-63. Recuperado el 20 de Enero de 2016 de <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/120/120v47n02a90206902pdf001.pdf>
7. Equipo de Rehabilitación de Monte Patria, UDR, DIPRECE, & Ministerio Nacional de Salud. (2008). *Sistematización de la Experiencia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en Monte Patria*. Santiago de Chile: CCR Monte Patria. Recuperado el 20 de Enero de 2016 de <http://www.senadis.gob.cl/descarga/i/237/documento>

8. Fondo Nacional de Discapacidad. (2006). Discapacidad y Rehabilitación. En F. N. Discapacidad, *Discapacidad en Chile: pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano* (págs. 20-40). Santiago.
9. Fondo Nacional de la Discapacidad. (2004). *Estudio Nacional de Prevalencia de Discapacidad*. Santiago: FONADIS: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/presentacionresultadosestudionacionaldeladiscapacidad.pdf
10. García, J. M. (1992). *Recursos metodológicos en la evaluación de programas*. Bordón.
11. Gobierno de Chile. (2016). *Resultados del II Estudio Nacional de la Discapacidad en la población adulta*. Recuperado el 12 de enero de 2016 de <http://www.gob.cl/resultados-del-ii-estudio-nacional-de-la-discapacidad-en-la-poblacion-adulta/>.
12. Guajardo A. (2014). Informe general “Evaluación de la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación.
13. Hernández, R., Baptista , M., & Fernández, C. (2010). *Metodología de la investigación (5ta Edicion)*. Distrito Federal: McGraw-Hill.
14. Instituto de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda. (2005). *Sistematización de la experiencia del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda*. Santiago: Carmen García; Maria Angélica Guterrez: <http://www.disred.cl/archivos/1237329648sistematizacion1edicion.pdf>
15. Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda. (2010). Guías de Cuidados Básicos de Rehabilitación. RBC. En C. García, *Estrategia de RBC* (págs. 23-27). Santiago.
16. Ministerio de Planificación. (2000). *Estudio Pertinencia de los Programas de Asistencia y Promoción para las Personas con Discapacidad que participan en el Sistema de Protección Social Chile Solidario*. Santiago de Chile: MIDEPLAN: http://www.chilesolidario.gob.cl/administrador/arc_doc/1140953651493ef038b99a2.pdf
17. Ministerio de Planificación. (2010). Ley 20422 Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010903&idParte=0>

18. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2007). *Desarrollo Metodológico de la Rehabilitación Integral en APS y Hospitales de Menor Complejidad*. Santiago de Chile: MINSAL: <http://www.senadis.gob.cl/transparencia/actos/2013/REX2013-5544.PDF>
19. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2010). *Orientaciones Metodológicas para el desarrollo de las estrategia de rehabilitación en A.P.S 2010-2014*. Santiago, Chile:Autor
20. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014).*Lineamientos nacionales de rehabilitación Basada en la Comunidad-RBC*. Colombia:Autor. Recuperado el 4 de Marzo de 2015 de http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD_RBC.aspx
21. Noreña, A., Alcaráz, N., Rojas, J., & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *AQUICHAN VOL 12 N°3*, 263-274.
22. Organización de las Naciones Unidas, Organización Internacional del Trabajo, UNESCO, & Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*. Ginebra: OMS: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1205&context=gladnetcollect>
23. Organización de Naciones Unidas. (2005). *Disability, including prevention, management and rehabilitation*. New York: ONU.
24. Organización de Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. New York: ONU: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
25. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Recuperado el 12 de Enero de 2016, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
26. Organización Mundial de la Salud. (2012). *Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC. En Folleto Introducción*. Ginebra.
27. Organización Mundial de la Salud. (2012). *Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC*. En Componente de Salud. Ginebra.

28. Organización Mundial de la Salud. (2014). About the community-based rehabilitation (CBR) matrix. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/disabilities/cbr/matrix/en/>
29. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Discapacidad y Salud*. Recuperado el 20 de Diciembre del 2015 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
30. Ossandón, M. P. (2014). Rehabilitación basada en la Comunidad frente a la Realidad Chilena. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 219-230.
31. Oyarzún, E. (2008). *Modelo biomédico y Modelo biopsicosocial*. Recuperado el 20 de Enero de 2016, de https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar?id_material=182943.
32. Rodríguez, C., Lorenzo, O., & Herrera, L. (2005). Teoría práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 133-154.
33. Rodríguez, G., Flores, J., & García, E. (1996). *Teoría práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad*. Malaga, España: Aljibe.
34. Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. (2ª. Ed.). España: Ediciones Aljibe.
35. Ruiz Olabuénaga, I. (1999). *Metodología de la evaluación cualitativa (2ª edición)*. España: Universidad de Deusto.
36. Sánchez-Candamio, M. (1999). *Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa*. ELSEVIER. Recuperado el 20 de marzo de 2016 de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-programas-salud-desde-perspectiva-13401>
37. Servicio Nacional de la Discapacidad. (2012). *Informe Inicial de aplicación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. De conformidad al artículo 35 de la Convención*. Santiago, Chile.
38. Servicio Nacional de la Discapacidad. (2013). *Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020 (PARTE 1)* Recuperado el 20 de Enero de 2016 de http://www.senadis.gob.cl/pag/385/924/politica_nacional_para_la_inclusion_social_de_las_personas_con_discapacidad_parte_1

39. Servicio Nacional de la Discapacidad. (2013). *Programa Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria*. Santiago. Recuperado el 4 de Marzo de 2016 de <http://www.senadis.gob.cl/>.

40. Soto, H. (2014). Implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad: Una reflexión participante. En A. Guajardo, E. Recabarren, & V. Parraguez, *Rehabilitación de Base Comunitaria Diálogos, Reflexiones y Prácticas en Chile* (págs. 30-48). Santiago.

ANEXOS

1.1 Anexo 1. Pauta de entrevista

- 1.- ¿Cómo se inició éste CCR?
- 2.- ¿Cuánto tiempo lleva de funcionamiento el centro?
- 3.- ¿Cómo se financia el centro?, ¿Realizan actividades de autofinanciamiento?
- 4.- ¿Cuántos profesionales trabajan aquí?
- 5.- ¿Cómo se organiza jerárquicamente el CCR?
- 6.- ¿Qué población atiende (Adultos Mayores, patologías Músculo-esqueléticas, etc.)? (Como se organiza la atención, quien los deriva)
- 7.- Nos puede hablar sobre días, horarios de atención y distribución de turnos.
- 8.- ¿cuánto tiempo lleva trabajando en éste CCR?
- 9.- ¿ocupa algún cargo administrativo dentro del CCR?
- 10.- ¿cómo llego a éste CCR?
- 11.- ¿tuvo capacitaciones previas para trabajar en la estrategia RBC?
- 12.- Aún dentro del CCR, ¿tiene que seguir capacitándose o acudiendo a cursos?, ¿quiénes los imparten?
- 13.- ¿Cuáles son las competencias, tanto específicas como blandas, que debe tener el profesional que entra a trabajar ligado a la RBC?, ¿usted agregaría o quitaría algo de lo mencionado?
- 14.- En base la pregunta anterior, ¿Eso lo forma la universidad (pregrado) O requiere capacitaciones posteriores para lograrlo? ¿Rescataría algo de la universidad que le sirvió para trabajar en esto (Gestión en salud, APS, etc.)?
- 15.- ¿Piden experiencia previa de trabajo en comunidad o trabajo general o puede ser sólo un recién egresado?
- 16.- ¿Cómo percibe UD la atención que se entrega a los pacientes en éste CCR?
- 17.- ¿cuántas horas dedican al área clínica y a la comunitaria)?
- 18.- Lo que dice las orientaciones metodológicas contempla actividades de trabajo comunitario o formación de monitores, ¿Cómo han podido Uds. realizar esto?... ¿han sido exitosas?, ¿qué problemas han tenido?
- 19.- ¿Qué actividades se realizan en este CCR para los pacientes (talleres, charlas)?
- 20.- ¿Qué actividades intersectoriales se realizan con otros centros de salud. (Reuniones, capacitaciones, actividades recreativas, comunitarias...)?
- 21.- ¿En cuanto a las orientaciones metodológicas, cuál es su opinión?, ¿Cómo llegan a conocer ustedes las guías?
- 22.- Como profesional, ¿cómo valora usted esta estrategia?, ¿Modificaría algo (recursos, humanos y económico. Potenciaría más el trabajo comunitario...)?

1.2 Anexo 2. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Aplicación entrevista semiestructurada individual y grabación de audio- a actores del equipo técnico-profesional de CCR del sector sur de la Región Metropolitana)

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio "Evaluación de la modalidad e implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), en Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) del sector sur de la Región Metropolitana de Chile, desde la perspectiva de los equipos técnico-profesionales.", a cargo de los estudiantes tesistas Lissette Mariela Yañez Vallejos y Yesenia De Lourdes Cifuentes González, y del profesor guía Lorena Sotomayor Soto, de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de este trabajo es Evaluar cualitativamente la modalidad e implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en Centros Comunitarios de Rehabilitación de la zona sur de la región Metropolitana, desde la mirada de los actores técnico- profesionales.

Para esto se seleccionaron cuatro Centros de Rehabilitación de la zona Sur de la Región Metropolitana, uno de la comuna de Lo Espejo, uno de La Granja, uno de El Bosque y otro de la comuna de Pedro Aguirre Cerda. Cada uno con un mínimo de dos años de funcionamiento.

Si acepta participar en este estudio requerirá **responder** a una entrevista semiestructurada individual que tiene por objetivo recopilar información pertinente a la investigación. Las entrevistas se realizarán al director del Centro de Rehabilitación y otro profesional del equipo.

Se ocupará este método ya que si bien en este tipo de entrevista se dispone de un guion o pauta, este al no ser rígido permite que sea libre el modo de abordar y preguntar ciertos temas, permitiendo la profundización y aclaraciones pertinentes en torno al tema tratado, además su registro en audio permite que no se pasen por alto datos de relevancia para la investigación. Se realizará en horarios previamente acordados, entre investigador y entrevistado, siempre respetando que sea dentro del horario laboral de los profesionales involucrados, durante los meses desde enero-febrero 2016.

Todos los datos recopilados, durante y posterior a la investigación, serán guardados en pendrive, a los cuales sólo las investigadoras responsables tendrán acceso, ya que ellas serán quienes guarden estos dispositivos en todo momento.

La información recabada será sólo para efectos de esta investigación.

Esta actividad se efectuará de manera personal y el tiempo estipulado ella es de 2 horas aproximadamente.

Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

Además tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente. Como también a tener acceso a la información al terminar el estudio.

La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en la entrevista a responder. Los datos recogidos serán utilizados y analizados sólo en el marco de la presente investigación y

Campus Macul | Av. José Pedro Alessandri 774, Ñuñoa, Santiago
Teléfono: (56-2) 22412441 | Fax: (56-2) 22412699 | Correo electrónico: direccion.investigacion@umce.cl

1.3 Anexo 3. Autorización comité de ética UFRO



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA.

ACTA N°011_2016

ACTA DE EVALUACIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN FOLIO N°6/15 (UMCE)

En Temuco, a 09 de marzo del año 2016 el Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera, mediante Procedimiento de Evaluación Expedido, Art. N° 42 del Reglamento, Res. Exenta N°1090 de fecha 12 de marzo de 2014, han evaluado y sancionado el Protocolo de Investigación, presentado para optar al Grado Académico de Licenciado en kinesiología, según se indica:

Título	"Evaluación de la modalidad e implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la Comunidad (RBC) en Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) del sector Sur de la Región Metropolitana de Chile, desde la perspectiva de los equipos técnicos profesionales."
Investigador Responsable	Yesenia De Lourdes Cifuentes González Lissette Mariela Yañez Vallejos
Prof. Guía	Lorena Sotomayor Solo
Tipo de Proyecto	Tesis para optar al grado de licenciado de kinesiología
Institución	UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE LAS CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
N° Folio del Proyecto UFRO	N°006_15
Decisión	APROBADO
Fecha de Presentación al Comité Ético Científico (CEC)	Julio 2015.
Versión	N°2

Propósito de la Investigación: Contribuir en el incremento de la información respecto a la implementación de la estrategia RBC en el sector Sur de la Región Metropolitana.

Preguntas orientadoras

El Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera, certifica que después de evaluar el Protocolo de Investigación presentado por las Srtas: Cifuentes y Yañez, se determinó que cumple las siguientes consideraciones éticas:

1. **Valor social:** Esta investigación busca recopilar información sobre la estrategia RBC, proceso que es clave para llevar a cabo un fortalecimiento de la información disponible de ella en Chile, ya que estamos insertos en una sociedad que poco a poco se acerca a un envejecimiento poblacional, lo que aumenta la probabilidad de que el número de personas discapacitadas aumente en unos años más.



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA.

2. **Validez científica:** Esta investigación se llevará a cabo bajo un paradigma hermenéutico con enfoque evaluativo cualitativo, ya que buscamos mediante la recolección de información desde los equipos técnico-profesionales, poder evaluar la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad. La metodología propuesta permite una aproximación a responder sus preguntas orientadoras y permiten lograr los objetivos propuestos.
3. **Selección de la muestra:** La selección será por conveniencia, reclutando a los Encargados o director del CCR, más un profesional perteneciente al consultorio.
4. **Evaluación riesgo_beneficio:** El cuestionario y la observación no presenta riesgo para los participantes.
5. **Respecto a la libertad de participación:**
 - a. **Población/Grupo vulnerable:** No se observan grupos vulnerables
 - b. **Libertad para participar:** Considerada en el Consentimiento
 - c. **Intimidad y confidencialidad:** Se menciona el proceso de codificación de los datos y enmascaramiento de los participantes, pero no se realiza proceso de ciego o doble ciego.
 - d. **Cobertura de costo del estudio:** Los gastos serán absorbidos por los tesisistas y no se contempla pago alguno a los sujetos de investigación.
6. La investigación incorpora dos modelos de Consentimiento Informado, según se explicita:
 - a. Consentimiento para entrevistas informantes claves.
 - b. Consentimiento
7. **Respecto al Modelo de Consentimiento Informado:** La presentación del protocolo y consecución de los consentimientos de cada uno de los participantes del estudio, estará a cargo de los estudiantes tesisistas. Ello se llevará a cabo al momento de la entrevista y/o de la observación. Los consentimientos fueron mejorados y presentan todas las sugerencias enviadas en la revisión anterior.

El Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera, **Aprueba**, el Protocolo de Investigación "Evaluación de la modalidad e implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la Comunidad (RBC) en Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) del sector Sur de la Región Metropolitana de Chile, desde la perspectiva de los equipos técnicos profesionales." presentado por la Prof. Lorena Sotomayor Soto y las estudiantes Srta. Yesenia Cifuentes González y Srta. Lissette Yañez Vallejos para optar al grado de licenciado de kinesiología, impartido por la Universidad Metropolitana de las Ciencias de la Educación.



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA.

Folio Proyecto: N° 006_15

FORMULARIO DE REVISIÓN DE PROTOCOLOS

Título Proyecto	:	Evaluación de la modalidad e implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la Comunidad (RBC) en Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) del sector Sur de la Región Metropolitana de Chile, desde la perspectiva de los equipos técnicos profesionales
Investigador Responsable	:	Srta. Yesenia Cifuentes González y Lissette Yáñez Vallejos
Profesor Guía- Coinvestigadores	:	Lorena Sotomayor Soto
Facultad	:	Artes y Educación Física
Departamento	:	Kinesiología UMCE
Tipo de Investigación	:	TESIS PREGRADO
Financiamiento	:	PROPIO
Fecha de Inicio Proyecto	:	
Fecha de Término del Proyecto	:	
Postulación	:	
Patrocinador	:	UMCE
Pregunta de investigación	:	¿Cómo se implementa la estrategia RBC en los centros comunitarios del sector Sur de la Región Metropolitana? ¿Cuáles actividades intersectoriales contemplan los centros comunitarios que llevan a cabo la estrategia RBC? ¿Cuál es la valoración a las guías metodológicas para Chile propuestas por el MINSAL? ¿A qué responden los objetivos y orientaciones de la RBC EN Chile? ¿Cuál es el perfil de los profesionales de la Región Metropolitana para trabajar en la estrategia RBC? ¿Qué capacitación presentan los profesionales que trabajan en la estrategia RBC en la Región Metropolitana?
Hipótesis	:	NO PRESENTA
Objetivo General	:	Evaluar cualitativamente la modalidad e implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en Centros Comunitarios de Rehabilitación de la zona sur de la Región Metropolitana, desde la mirada de los actores técnico-



Objetivos Específicos :

Describir cómo se implementa la estrategia RBC en Centros Comunitarios de Rehabilitación de la zona sur de la Región Metropolitana
Identificar que actividades intersectoriales contemplan los centros comunitarios de rehabilitación que llevan a cabo la estrategia RBC
Identificar cuál es la valoración a las guías metodológicas para Chile propuestas por el MINSAL
Establecer si la estrategia RBC implementada en Centros Comunitarios de Rehabilitación de la zona sur de la Región Metropolitana, está cumpliendo los objetivos y orientaciones planteados para dicha estrategia por las organizaciones mundiales
Describir el perfil de profesionales, en relación a su desempeño profesional que trabajan en la estrategia RBC
Conocer qué capacitación presentan los profesionales que trabajan en la estrategia RBC de CCR del sector sur de la Región Metropolitana.

Documentos que se revisan :

Carta de solicitud revisión de Proyecto de Investigación.
 Carta de Apoyo Decano, Director de Depto. o Instituto.
 Carta apoyo Profesor Guía.
 Versión completa y definitiva del Proyecto de Investigación.
 Resumen del Proyecto.
 Formulario Consentimiento Informado.
 Formulario Asentimiento.
 Carta de apoyo Director del Establecimiento (s) en donde se realizará la investigación
 Curriculum IR
 Curriculum coinvestigadores
 Material de reclutamiento
 Manual del investigador
 Seguro
 Otros instrumentos de recolección de datos

Propósito del Estudio:
Contribuir en el incremento de la información respecto a la implementación de la estrategia RBC en el sector Sur de la Región Metropolitana.
Preguntas orientadoras

1. Validez Científica de la investigación:

Esta investigación se llevará a cabo bajo un paradigma hermenéutico con enfoque evaluativo cualitativo, ya que buscamos mediante la recolección de información desde los equipos técnico-profesionales, poder evaluar la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad. La metodología propuesta permite una aproximación a responder sus preguntas orientadoras y permiten lograr los objetivos propuestos.

2. Utilidad Social de la investigación (para los participantes, la sociedad o el conocimiento):

esta investigación busca recopilar información sobre la estrategia RBC, proceso que es clave para llevar a cabo



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA.

poco a poco se acerca a un envejecimiento poblacional, lo que aumenta la probabilidad de que el número de personas discapacitadas aumente en unos años más.

3. Intervención de Investigadores Idóneos con la experiencia y la calificación profesional acorde con el nivel de complejidad de la investigación:

La profesora Gula tiene las competencias para desarrollar la investigación y los alumnos tesisistas ya concluyeron su formación de kinesiólogos.

4. Evaluación riesgo/beneficio (relación riesgo-beneficio no desfavorable y minimización de los riesgos)

El cuestionario y la observación no presenta riesgo para los participantes.

5. Selección equitativa de la muestra:

La selección será por conveniencia, reclutando a los Encargados o director del CCR, más un profesional perteneciente al consultorio.

6. Protección a los participantes:

- a. Población/Grupos vulnerable:

No se observan grupos vulnerables

- b. Libertad para participar:

Considerada en el Consentimiento

- c. Intimidad y Confidencialidad:

Se menciona el proceso de codificación de los datos y enmascaramiento de los participantes, pero no se realiza proceso de ciego o doble ciego.

- d. Cobertura de costos del estudio:

Los gastos serán absorbidos por los tesisistas y no se contempla pago alguno a los sujetos de investigación.

- e. Quien asume los eventuales costos ante posibles eventos adversos graves:

No se describe eventos adversos.

7. Procesos de Consentimiento Informado y revisión de los documentos en que se registran:



La presentación del protocolo y consecución de los consentimientos de cada uno de los participantes del estudio, estará a cargo de los estudiantes tesistas. Ello se llevará a cabo al momento de la entrevista y/o de la observación. Los consentimientos fueron mejorados y presentan todas las sugerencias enviadas en la revisión anterior.

8. Consentimientos Informados por representación en el caso de las personas incompetentes que participan en una investigación:

No aplica

9. Compensación, mediante seguros o garantías, de los eventos adversos que pudieran preverse o que sin previsión causen daño:

El riesgo es muy bajo, pero La directora del CESFAM Edgardo Enriquez Fröedden, Irlandia Silva Jeria, se contactará de manera personal con la persona afectada para brindarle algún tipo de compensación y/o solución según la magnitud y el tipo de daño realizado.

II.- Chequeo Lista

	A	D	I	NA
1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO (En función de la fase de desarrollo y relevancia del tema, patología en estudio, etc.)	[x]	[]	[]	[]
2. DEFINICIÓN DEL OBJETIVO DEL ESTUDIO	[x]	[]	[]	[]
3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PACIENTES.....	[x]	[]	[]	[]
4. DEFINICIÓN DEL TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN	[x]	[]	[]	[]
5. ALEATORIZACIÓN.....	[]	[]	[]	[x]
6. ENMASCARAMIENTO..... (Necesario, simple o doble ciego, doble enmascaramiento u otros)	[x]	[]	[]	[]
7. VARIABLE PRINCIPAL DE VALORACIÓN (Objetiva, clínicamente relevante)	[x]	[]	[]	[]
8. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA..... (objetivos-subjetivos, sensibles, específicos, validados, éxito/fracaso, seguimiento)	[x]	[]	[]	[]
9. PÉRDIDAS DEL ESTUDIO (antes y después de la aleatorización, retiros, abandonos, etc.)	[]	[x]	[]	[]
10. DISEÑO ESTADÍSTICO..... (predeterminación de la muestra, diferencia relevante, errores alfa y beta, test estadísticos, etc.)	[]	[x]	[]	[]
11. ACONTECIMIENTOS ADVERSOS (hoja de registro y notificación a los CEI)	[]	[]	[]	[x]



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA.

12. CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA.....
13. ADECUACIÓN DEL PLACEBO
14. COMPENSACIÓN POR DAÑOS / SEGURO DE RIESGOS
15. MINIMIZACIÓN DE RIESGOS
(relación riesgo/beneficio, riesgo no superior o mayor que el mínimo, etc.)
16. HOJA DE INFORMACIÓN Y DE CONSENTIMIENTO PARA LOS PARTICIPANTES.....
17. PROCESO DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....
(oral, escrito, por sustitución)
18. EVALUACIÓN ECONÓMICA
19. COMPETENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR.....
(experiencia en investigación, otros estudios en marcha, obligaciones asistenciales, etc.)

A = ADECUADO **D** = DUDOSO **I** = INCORRECTO **NA** = NO APLICABLE

IV.- COMENTARIOS:

Estudio con enfoque evaluativo cualitativo, ya que busca mediante la recolección de información desde los equipos técnico-profesionales, poder evaluar la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad.

La entrevista será semiestructurada para dos sujetos por consultorio, por lo tanto no hay muestreo y se seleccionará por conveniencia. Además se hará una observación en terreno donde se aplica la estrategia RBC.

Para el análisis de los datos se incorpora el enmascaramiento y/o codificación los datos para mantener el anonimato. Se utilizará preliminarmente el método de las comparaciones constantes (Glaser y Strauss).

Se mejoran los consentimientos. Se aceptan las sugerencias y son incorporadas.

III.- REVISIÓN:

APROBAR	:	X
PENDIENTE	CON :	
OBSERVACIONES	:	
RECHAZAR	:	

IV.- EVALUADOR:

Nombre y Firma : Prof Paulo Sandoval Vidal
Fecha Recepción del proyecto :
Fecha del Informe : 20/01/2016



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA.

Mediante la presente, recordamos a Usted lo siguiente:

1. Debe aplicar el Modelo de Consentimiento Informado, timbrado y visado por el Comité Ético Científico (CEC).
2. Debe conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta tres años finalizada la investigación.
3. Presentar al Comité Ético Científico, a lo menos una vez al año un Informe de Avance.
4. Informar al Comité Ético Científico la finalización de la Investigación.
5. Informar al Comité Ético Científico, cualquier publicación o presentación en congresos que de él se generen.
6. La validez de esta aprobación es hasta que finalice la investigación, excepto si existe algún tipo de modificación de orden metodológico, ético, presencia de eventos adversos o bioseguridad los que deben ser informados de inmediato al CEC.

Para constancia firman:

DR. MARIO SANTÍN LÓPEZ
1º VICEPRESIDENTE - COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

DRA. CLAUDIA BARCHIESI FERRARI
PRESIDENTE - COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA



