

ANEXO 2



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE INTEGRACION DE REDES
Depto. Diseño y Desarrollo de Procesos Asistenciales
Unidad de Rehabilitación

ORIENTACIONES METODOLOGICAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN EN A.P.S. 2010 -2014

MINSAL, 2010

INDICE

	Pag.
I Orientaciones Metodológicas 2010-2014	3
II Objetivos y metas de trabajo para el período 2010-2014	3
▪ Líneas Generales	3
▪ Rol de las estrategias en APS del modelo de rehabilitación	8
III Metodología para la implementación de la Estrategia RBC	11
▪ Constitución Del equipo de trabajo	11
▪ Estudio de la demanda del Centro Comunitario de Rehabilitación y organización de la atención.	12
▪ Desarrollo de procesos de capacitación de Servicios de Salud	16
▪ Gestión local del equipo de rehabilitación	16
▪ Formación de monitores de salud especializados en el cuidado de personas en situación de discapacidad	17
▪ Comunicación	18
▪ Gestión del Servicio de Salud	18
IV Trabajo comunitario y Diagnóstico Participativo	20
V Conceptos para el trabajo en red	23
VI Flujogramas para el manejo de los síntomas osteomusculares en la APS	25
VII Apoyo al registro de actividades	34
A. Plan de tratamiento	35
B. Rehabilitación Física: Definición de prestaciones incorporadas al REM	35
C. Modelos arquitectónicos, implementación y canasta de prestaciones	39
D. Diseño Evaluación	45
E. Tiempos terapéuticos y frecuencias de las terapias	49
F. Insumos de reposición anual	50

ORIENTACIONES METODOLOGICAS 2010 -2014

Estas orientaciones metodológicas pretenden, entregar elementos conceptuales para incorporar el modelo de rehabilitación integral en el desarrollo de la red pública de salud. No constituyen una norma, por el contrario, pretenden facilitar su implementación respetando las especificidades en la realidad de cada Servicio de Salud. Sus principales objetivos son:

- Entregar elementos conceptuales para la incorporación de la Rehabilitación Integral en las Redes de Salud.
- Entregar los pasos metodológicos para la implementación de la Rehabilitación Integral en las Redes de Salud.
- Mostrar el modelo al cual se pretende llegar en el corto y mediano plazo.
- Orientar la definición del modelo médico arquitectónico.
- Entregar Orientaciones para el trabajo 2010

I OBJETIVOS Y METAS DEL TRABAJO PARA EL PERIODO 2010-2014

Generales

1. Insertar el modelo de Rehabilitación Integral y posicionar a la rehabilitación biosicosocial, 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

- Consolidar las estrategias implementadas, desde el punto de vista técnico y de gestión.
- 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.
- Difundir el programa a las autoridades de los Servicios de Salud, salud comunal, equipos de salud, organizaciones sociales.
- Apoyar la implementación de los CCR que inician su actividad.
- Monitoreo, evaluación y acompañamiento permanente.

II LINEAS GENERALES

El desarrollo del modelo de rehabilitación integral en las redes de salud pública, bajo un enfoque biosicosocial, tiene como objetivo responder a las necesidades de rehabilitación de los beneficiarios de nuestro sistema, dando cuenta de la diversidad y especificidad de los requerimientos de estos en los distintos nodos de la red, mejorando la eficiencia de las prestaciones de salud y entregando una mejor calidad de vida a nuestros usuarios.

El desarrollo de la red de servicios en rehabilitación en los distintos servicios de salud debe acoger sus especificidades. No obstante ello, el esquema que se presenta a continuación, representa los distintos ámbitos que considera y la necesidad de su desarrollo armónico.

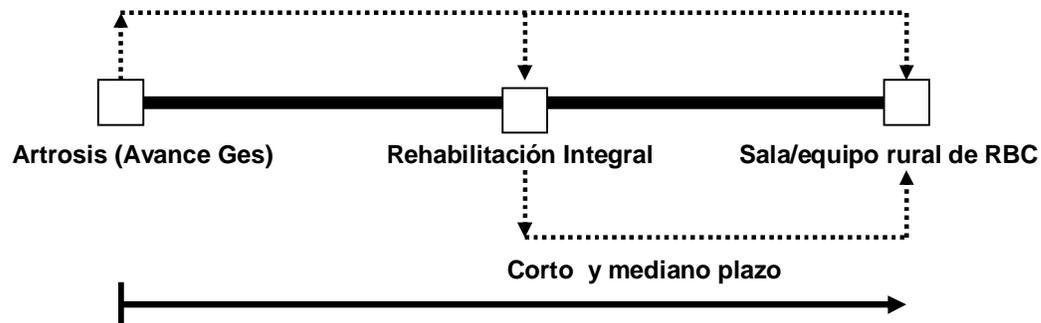
ROL DE CADA NODO DE LA RED EN EL MODELO DE REHABILITACION INTEGRAL		
Intervención de alta complejidad social y diversidad en rehabilitación		Intervención de alta especialización
		
APS y Hospitales Comunitarios de Salud familiar	Hospitales de Mayor Complejidad	Polos de Desarrollo
<ul style="list-style-type: none"> ▪.Asumir la rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad en su comunidad con un enfoque biosicosocial ▪Tratamiento integral de rehabilitación a las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o permanente. ▪Apoyar la resolución en APS de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular. ▪Apoyar el manejo de las personas en situación de discapacidad moderada y severa y de sus familias. ▪ Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial. ▪Educación y prevención de discapacidad. Apoyo al trabajo con los grupos de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Asumir la rehabilitación de las personas en situación de discapacidad, originada en patología compleja, en la etapa aguda, disminuyendo las complicaciones prevenibles. ▪ Asumir la rehabilitación de las personas en situación de discapacidad originados en patología de mediana complejidad <p>Hacer el seguimiento patologías mediana y alta complejidad y establecer los flujos entre los distintos nodos de la red.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Responder a las necesidades de rehabilitación de personas en situación de discapacidad, transitoria o definitiva, originada en una patología compleja, cuyo potencial de recuperación es dependiente de una terapia integral e intensiva. •Formación de profesionales.

Hay también desarrollos intermedios de los nodos de salud que requieren respuestas específicas como es el caso de los hospitales 3 y 4 que acogen otras especialidades y de los CRS.

Modelo de Rehabilitación Integral en APS

El modelo de rehabilitación integral a nivel de los centros de atención primaria y de los hospitales comunitarios de salud familiar considera tres líneas de desarrollo que se diferencian en las competencias instaladas, todas enmarcadas en una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad. En un desarrollo progresivo se comenzará en algunos establecimientos incorporando la estrategia completa y en otros partiendo por el abordaje de los síntomas osteomusculares para continuar en los próximos años completando el equipo y el conjunto de servicios clínicos y comunitarios.

REHABILITACIÓN INTEGRAL EN APS Y HOSPITALES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR Estrategias implementadas



El desarrollo de la Rehabilitación Basada en la Comunidad debe ser integral y como un continuo en las redes de salud, necesariamente, es un proceso paulatino y progresivo. Conocer los contenidos esenciales, sus objetivos, estrategias y énfasis permite tener la imagen objetivo del modelo que se espera implementar progresivamente hasta llegar a su máximo desarrollo en el corto y mediano plazo. Asimismo, es una guía para los equipos de salud, permite avanzar teniendo claridad cuál es el objetivo final (el norte), conocer que se espera de ellos y del trabajo en concreto a realizar en sus diferentes etapas.

La OMS-OPS en América Latina ha desarrollado la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) con variados modelos, algunos centrados en el trabajo exclusivo de monitores comunitarios, otros con la intervención de profesionales; otros mixtos, si bien existe una gran variedad de formas de implementación, todas ellas mantienen elementos comunes. Para Chile se ha definido un modelo que de cuenta del desarrollo obtenido en salud, del trabajo local en el municipio -incorporando servicios clínicos-, trabajo comunitario e intersectorial, inserto en una red de servicios secundarios y terciarios.

Definición OPS-OMS-OIT

“La rehabilitación basada en la comunidad constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad.

La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.”¹

Desarrollo de la RBC en Chile.

La RBC se inicia desde la ciudadanía, organizaciones de discapacitados, familias, apoyo de ONG; que dan origen a experiencias pequeñas y orientadas a resolver las necesidades de esos grupos. Con posterioridad encuentran financiamiento a través de proyectos FONADIS. Paralelamente el MINEDUC trabaja el tema de inclusión escolar.

Por su parte, el sector salud, tenía concentrados los servicios de rehabilitación en los hospitales de mayor complejidad, con las consecuencias asociadas, accedían pequeños grupos, alta demanda insatisfecha, sin posibilidades de priorizar dado que la persona que no se atendía en este nivel no podía hacerlo en otra parte, servicios con poco desarrollo por falta de prioridad en los recursos, la APS no visualizaba el tema.

El 2003 se comienza a incorporar la estrategia desde la política pública tomando como base los ejes conceptuales entregadas por la reforma de salud, la epidemiología de la discapacidad y la epidemiología social, el modelo de salud familiar, en otro ámbito rescatando la fortaleza de contar con una extensa red de establecimientos de salud y redes sociales. Así mismo, busca respetar todas las particularidades locales como son las diferentes etnias, poblaciones rurales y sus propios desarrollos, diferencias culturales, etc.; e incorporar el trabajo con las organizaciones sociales, ONG, sociedad civil y el intersector.

La política sectorial pretende el desarrollo armónico de las redes de rehabilitación, cada nodo tiene un objetivo diferenciado, donde finalmente el proceso de inserción social le corresponde a la RBC.

El proceso de rehabilitación tiene como objetivo final la inclusión social, se refiere a los vínculos que los individuos establecen con su medio ambiente social, cultural y familiar y en este último es donde precisamos de múltiples actividades que dan sentido a la vida de las personas, afectiva, y cotidiana.

La conceptualización de inclusión está ligada a los derechos humanos, “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (ONU, 1948),² podemos inferir en primer termino que la sociedad representada por el Estado y el gobierno debe hacer valer esta premisa a través de tener políticas públicas inclusivas³, elemento estructural,

¹ Definición OPS, OMS, OIT

² Lena Saleh, ex directora de Educación Especial UNESCO, Paris. Inclusión Social, Discapacidad y política Pública, Unicef, Ministerio de Educación, Chile Nov, 2005.

³ , Bronferbrenner U; Ecología del desarrollo humano, 1996.

salud, educación, vivienda, trabajo, políticas de género y discapacidad, transporte, medio ambiente adaptado y trabajo cultural para aceptación de las personas con diferencias, necesidades especiales. Este proceso no es exclusiva responsabilidad del sector salud, razón por la cual es inevitable el trabajo con las redes sociales e intersectoriales, para establecer la vía con las otras instituciones que deben completar la rehabilitación, escuela, OMIL, grupos de apoyo, etc.

Papel fundamental de los equipos que trabajan con RBC es establecer los canales, asesorar a la familia, contar con redes intersectoriales que den viabilidad a esta inclusión, -además de contar con el proceso de rehabilitación propiamente tal-, en lugares de fácil acceso o en el domicilio. Este nuevo desafío para los equipos de salud requiere un enfoque biosicosocial y competencias en el campo de la, epidemiología social, trabajo en equipo, trabajo con familias, trabajo con grupos trabajo comunitario, trabajo en redes, gestión de proyectos locales y conocimiento sobre políticas públicas

Para efectos del programa se entenderá inclusión social aquella que es producto de la intervención del equipo, que ha sido definida en conjunto con la PsD y es parte de su Plan de tratamiento. Puede ser inclusión laboral, escolar, a grupos sociales, o a desarrollos al interior de la familia y el hogar, el logro de una actividad nueva o recuperada (AVD, jardinería, trabajo en la chacra, cuidado de los animales, actividad social con familia nuclear o extendida, incorporación a las actividades sociales de la comunidad).

Echar a andar este proceso ha significado el inicio de un cambio cultural, pasar de paciente a sujeto de derechos, del logro de funcionalidad a inclusión social como objetivo de la intervención, de entender a la persona como minusválido a PsD, comprender la discapacidad como un proceso dinámico y que puede variar de acuerdo a los cambios personales y medio ambientales, pasar de un trabajo que era eminentemente uno a uno con el paciente, a un enfoque de trabajo grupal y con redes sociales, no es un cambio menor en los profesionales rehabilitadores.

Pasar de un equipo de rehabilitación que impone su saber, a un equipo que asesora y traspassa su conocimiento para el desarrollo de las personas y comunidades en el manejo de la discapacidad, esto implica un cambio fundamental en la relación de poder que se establecen con estas personas con necesidades diferentes, sus familias y comunidades a las cuales pertenecen.

Por otra parte, hoy día en un mundo globalizado con acceso a las tecnologías de la información el conocimiento no es de exclusividad del equipo de rehabilitación, debe ser compartido con las comunidades si verdaderamente queremos impactar en la salud pública del país, el perfil epidemiológico actual nos indica que debemos contar con una población capacitada en cuidados básicos de rehabilitación, cuidados domiciliarios, debe ser traspasado como parte del autocuidado familiar.

Esta estrategia aparentemente más simple⁴, desde el punto de vista del tipo de intervención social es de mayor complejidad porque debe abordar al individuo en situación de discapacidad, su familia y la comunidad en la cual se encuentra inserto y esto implica la capacidad de asesorar y liderar el proceso de rehabilitación, además de la entrega de prestaciones propiamente tal. Asimismo, generar las redes para el acceso al

⁴ Lecciones Aprendidas: Rehabilitación de Base Comunitaria en América Latina, Dr. Armando Vásquez, María Alejandra Martínez, OPS.

nivel secundario y terciario, así como también a las redes sociales y comunitarias, para lograr el proceso de inclusión social, completando la rehabilitación.

Esta mirada biopsicosocial coloca como actor principal a la persona en situación de discapacidad, su familia y la comunidad, se plantea objetivos a mediano y largo plazo a nivel individual, familiar, comunitario y social, en relación a la dimensión no física sino también espiritual es un cambio social a mediano y largo plazo. Hasta ahora los servicios han estado centrados más bien en los prestadores y en su capacidad de oferta.

Las características fundamentales de este enfoque son: se ubica en la atención primaria, lo más cerca de la población, es multisectorial, estimula la descentralización, se propone democratizar el conocimiento, trabaja en red, en la búsqueda de la equidad mediante el acceso a igualdad de oportunidades e integración social (equiparación de oportunidades), en el marco de proteger los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad y finalmente, es parte importante de un sistema de protección social para este grupo de la población chilena.

ROL DE LA ESTRATEGIAS EN APS DEL MODELO DE REHABILITACION.

- * Asumir la rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad en su comunidad con un enfoque biosicosocial
- * Asumir en su totalidad a las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o permanente.
- * Apoyar la resolución en APS de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular.
- * Apoyar el manejo de las personas en situación de discapacidad moderada y severa y de sus familias.
- * Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial
- * Educación y prevención de discapacidad. Apoyo al trabajo con los grupos de riesgo, en particular con el adulto mayor.

La implementación del modelo de rehabilitación integral a nivel de la atención primaria de salud es de gran complejidad pues requiere un fuerte trabajo con las familias, organizaciones sociales, comunidad y el intersector para el logro de la inclusión social.

Tareas para el 2010 - 2014

Para comprender mejor las obligaciones de los equipos de rehabilitación se definen las tareas de acuerdo a niveles de complejidad.

1. Establecer planes de trabajo anuales.
2. Realizar el diagnóstico participativo, finalizando con un plan de trabajo con las organizaciones involucradas y un documento con el diagnóstico.
3. Redefinir la canasta de prestaciones a partir del diagnóstico participativo.
4. Difundir el programa con los equipos de salud, autoridades.
5. Definir el plan de trabajo con las organizaciones sociales.
6. Establecer la red intersectorial, definiendo los nexos y mecanismos de comunicación y de trabajo conjunto.
7. Efectuar actividades de rehabilitación.
8. Participar en las actividades de la red del S. Salud.

9. Incorporarse al plan de capacitación asociado al Plan de Salud Comunal.

Las metas con las cuales se evaluarán los convenios establecidos entre los Servicios de Salud se orientan a mantener vigente aquellas líneas conceptuales importantes y de cambio en la implementación de la rehabilitación integral con enfoque inclusivo.

Metas RBC

- 30% de las PSD⁵ reciben Consejería Individual
- 10% PsD con Visita Domiciliaria Integral
- 80% de las PsD cuentan con plan de tratamiento consensuado (10 fichas auditadas cuando los ingresos no superan 200 PsD, 20 para el resto)
- 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)
- 50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo
- Mantener al menos un 20% de PsD con parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular
- 30% de las actividades del equipo son preventivo promocionales
- 100% de los centros cuentan Dg participativo
- Línea Base: para consultas, Procedimientos y cuidados a los cuidadores
- 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.

Metas RI y hospitales de menor complejidad

- 10% de las PSD reciben Consejería Individual
- 5 % PsD con Visita Domiciliaria Integral
- 80% de las PsD cuentan con plan de tratamiento consensuado (10 fichas auditadas cuando los ingresos no superan 200 PsD, 20 para el resto)
- 5 % de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)
- 50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo
- 30% de las actividades del equipo son preventivo promocionales
- 100% de los centros cuentan Dg participativo
- Línea Base: para consultas, procedimientos, incorporación de patologías neuromusculares y cuidado a los cuidadores
- 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.

⁵PsD: Personas en Situación de Discapacidad

Equipos Rurales

1. 80% de las visitas a terreno planificadas fueron realizadas
2. 30% de los Técnicos paramédicos de las postas rurales han recibido capacitación
3. 100% de las comunas del convenio han tenido intervención (difusión, capacitación, etc.)
4. 50% de las comunas en convenio cuentan con su Diagnóstico Participativo.
5. 50% de las PSD reciben Consejería Individual
6. 100% PsD con Visita Domiciliaria Integral
7. 80% de las PsD cuentan con plan de tratamiento consensuado (10 fichas auditadas)
8. 5% de las PsD atendidas por el equipo logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)
9. Mantener al menos un 10% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular
10. 10% de las actividades del equipo son preventivo promocionales
11. Dg participativo realizado en el 50% de las comunas en convenio
12. Línea Base: para consultas, procedimientos y cuidado a los cuidadores

El equipo rural compuesto principalmente por el Terapeuta Ocupacional y Kinesiólogo con el apoyo necesario del resto del equipo de salud (Médico general o familiar, Psicólogo, Nutricionista, Enfermera, Técnico Paramédico). La función de este equipo es la siguiente:

- Hacer un diagnóstico participativo⁶ en las comunas rurales para conocer cuántas personas están en situación de discapacidad, grado y problemas de este grupo.
- Evaluar a estas personas en su domicilio
- Definir un Plan de Tratamiento a cumplir por la persona, la familia y /o el Técnico Paramédico.
- Transferir conocimientos de rehabilitación al Técnico Paramédico, la familia y la comunidad.
- Referencia al nivel secundario cuando sea preciso.
- Transportar a la persona en situación de discapacidad y familiar a cualquier otro establecimiento de la red para dar continuidad a los cuidados de su salud.
- Mejorar el acceso a la entrega de las prestaciones, de acuerdo a los programas correspondientes al ciclo vital personal y familiar⁷.
- Apoyo al municipio en el desarrollo de políticas relacionadas a la discapacidad.
- Trabajo directo con las organizaciones sociales y el intersector, apoyando el desarrollo de las redes locales, definiendo un Plan de Trabajo conjunto.
- Atención clínica en las comunidades.

Evaluación.

La evaluación de estas actividades y prestaciones se realizarán a través del REM y los cortes de evaluación serán 30 Septiembre (información asociada al porcentaje de reliquidación de la segunda cuota) y 30 de Diciembre.

⁶ Ver Anexo N°1 y 2 y Bibliografía al final de este documento.

⁷ Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la Capacitación OMS, 2000.

CONSTITUCIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO.

El equipo de trabajo debe conformarse con la participación de todos los profesionales que estarán a cargo del desarrollo de los planes terapéuticos en rehabilitación, a saber Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Asistente Social, Médico de Familia o General, Nutricionista, Enfermera, Psicólogo, de acuerdo a las realidades específicas a nivel local .

- La primera tarea del equipo de rehabilitación (Kine y TO) es contactarse con los equipos del propio establecimiento, los profesionales de los otros establecimientos que derivarán a este CCR⁸, debido a que deberán prestar servicios a más de un establecimiento y del municipio, partiendo por sensibilizarlos con la tarea que inicia este equipo.
- Identificación y sensibilización de los actores locales: las autoridades locales (políticas y técnicas), ONG, organizaciones sociales, etc; mediante jornadas, charlas o trabajo de talleres donde se explicita la estrategia de Rehabilitación Integral en la comunidad y en las redes de salud.
- Establecer un Mapa Estratégico⁹ que permita identificar potenciales redes de apoyo susceptibles de involucrar en un trabajo integrado y colaborativo de la situación local, eso significa conocer las organizaciones sociales y sus líderes, instituciones con asentamiento local, ONG, organizaciones privadas, entre otros, aplicándoles la escala de apoyo, eso significa evaluar de 1 a 5 a cada uno de ellos (donde 1 significa nada de apoyo y 5 máximo apoyo). De acuerdo al grado de apoyo al trabajo a realizar obtenido en la escala, comenzar las actividades con las personas y organizaciones más motivadas, desarrollando una estrategia para involucrar progresivamente a los otros actores locales. Es preciso tener claro que algunos de ellos nunca se van a interesar y es preferible no desgastarse con ellos.

Un buen mapa estratégico, expectativas claras respecto de las personas y organizaciones del territorio, nos llevarán a generar abordajes más acotados y posibles.

⁸ Centro Comunitario de Rehabilitación.

⁹ B. Checkoway y R. Hollister

Ejemplo de Mapa Estratégico:¹⁰



Para efectos de la coordinación del Centro, debiera haber a lo menos dos grupos, que se detallan a continuación:

Grupo Eje: grupo líder que debe transferir el conocimiento y las herramientas para que el grupo, o la organización se independice.

Grupo Transicional: Es una estructura informal de personas que apoyan incondicionalmente la iniciativa del líder y adquieren las destrezas para ser posteriormente grupo eje.

El rol del equipo de rehabilitación es de 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.

ESTUDIO DE LA DEMANDA DEL CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN.

Requiere incorporar los elementos obtenidos en el Diagnóstico Comunitario Participativo, que sigue una metodología específica que se detalla más adelante y mantener abiertos los canales de participación de todos los actores relevantes.

Las personas en situación de discapacidad en general han sido abordadas desde los modelos caritativos, perdiendo su condición de sujetos; en la actualidad “el modelo biopsicosocial nos entrega una visión integrada, permitiendo explicar la discapacidad como un hecho multidimensional y establecer los lazos entre los distintos niveles –

biológico, personal y social- que lo sustentan”¹¹, entonces, el logro de la funcionalidad es una parte de la rehabilitación, el objetivo final es la inclusión social.

Para alcanzar este objetivo es relevante generar en la sociedad los procesos que permitan equiparar, o dar oportunidades independiente de tu condición de funcionalidad, más bien en una mirada de respeto por las personas, sus derechos, su diversidad, física, cultural y social.

En este contexto, “en el texto “ Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad” (aprobadas mediante resolución 48/96 por la Asamblea General de la ONU, el 20 de Diciembre de 1993), la igualdad de oportunidades se relaciona con :

- la posibilidad de acceso al medio físico, a la información y a la comunicación,
- la educación en los diferentes niveles de las personas con discapacidad en entornos integrados,
- la igualdad de oportunidades para obtener empleo productivo y remunerado en el mercado del trabajo,
- el mantenimiento de los ingresos y seguridad social de las personas con discapacidad y sus familias,
- una vida en familia que ayude a alcanzar la integridad personal,
- la integración y participación en las actividades culturales y
- la participación en actividades recreativas”¹²

Esta es una tarea que excede al equipo de salud, razón por la cual es preciso 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. , donde cada institución debe asumir su responsabilidad.

El equipo de salud en el ámbito de la atención primaria utiliza la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, se preocupa del logro de la funcionalidad, independencia en las actividades de la vida diaria, disminución del dolor, capacitación a su familia, envío a otro punto de la red si es preciso, entre otros; como también establecer las redes necesarias para la autonomía e inclusión social y el trabajo comunitario es una herramienta para lograrlo.

El Trabajo Comunitario¹³ utiliza una metodología que consta de varias etapas: diagnóstico participativo, programación participativa, ejecución participativa y evaluación participativa; cuyo principal objetivo es poder generar el desarrollo autónomo de las comunidades que cuentan con personas en situación de discapacidad, sus familias y las organizaciones asociadas al tema. En este sentido el trabajo comunitario efectuado a través de estas cuatro etapas, permite que las personas, familias y comunidades accedan a sus derechos en primera instancia (en general estos grupos acceden menos¹⁴); con posterioridad puedan generar proyectos recreativos (deportes para discapacitados),

¹¹ Una aproximación integral a la discapacidad. Dra. Grisel Olivera Roulet. El Abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Secretaría de Graduados en Ciencias de la salud, OPS, 2008.

¹² IDEM

¹³ Trabajo Comunitario en Salud , Unidad de Participación Social, Santiago de Chile, Enero de 1994, MINSAL:

¹⁴ Así quedó establecido en la Encuesta Nacional de Discapacidad ENDISC, 2004, FONADIS.

talleres, proyectos productivos, acceso a créditos para pequeños empresarios, capacitación, colocación laboral.

Estas etapas llevan el apellido de participativo porque contemplan la participación en todas ellas de la comunidad; de lo contrario es una consulta a la comunidad.

La cartera de servicios asistenciales y comunitarios que el CCR ofrecerá de acuerdo a la demanda de la población. Un adecuado Diagnóstico de Salud es el principal insumo para que la programación responda a las necesidades de manera organizada. ¹⁵

1. Análisis de la demanda: ¹⁶

a) Redes de Salud: A diferencia de otros problemas de Salud las necesidades de rehabilitación pueden surgir desde la demanda espontánea al Centro de Salud Familiar, desde nivel secundario y terciario, de las organizaciones sociales locales y por la demanda oculta. Es preciso recordar que cuando no existe oferta de un determinado servicio para resolver un problema de salud, no hay demanda, eso no implica que el problema no exista; en este caso están un grupo importante de personas del Chile Solidario, personas con discapacidades severas en estado de dependencia. Al realizar el diagnóstico necesariamente se debe considerar esta variable, además de las demográficas y epidemiológicas. Asimismo, el trabajo con el hospital de referencia, el CDT o el CAE, permitirá conocer la demanda potencial del nivel secundario y el tipo de patologías que continuarán su atención en la comunidad. En resumen el levantamiento de la demanda proviene de la información de los CESFAM de la comuna, de los hospitales de referencia, CDT, del municipio quién maneja el Chile Solidario y la Oficina de la Discapacidad.

b) Necesidades y Redes Locales /Diagnóstico Participativo: De esta actividad se obtienen la percepción y las necesidades de las personas, familias, organizaciones y redes locales asociadas al tema discapacidad, elementos a incorporar en el análisis de la demanda.

2. Priorización de los problemas a atender en el Centro Comunitario de Rehabilitación.

La planificación sanitaria es necesaria porque los recursos son limitados y la demanda puede ser inagotable, conocer la demanda potencial y las brechas obliga no necesariamente aumentar recursos, sino a diversificar las estrategias de trabajo¹⁷ y priorizar los problemas de salud de acuerdo a indicadores epidemiológicos y sociales e identifican grupos de población de mayor riesgo.

En la tabla que se muestra a continuación se propone una metodología para priorizar; sin embargo, existen innumerables metodologías. Lo importante es tener un ordenamiento con criterios definidos que permitan, posteriormente, definir las estrategias y la organización de los servicios.

¹⁵ "Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe" Serie Paltex N° 41 OPS/OMS 1999

¹⁶ Utilizar como apoyo el documento: ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN EN RED, MINSAL, 2010

¹⁷ De Consultorio a Centro de Salud, Marco Conceptual, MINSAL, Junio 1977.

Problemas de Salud (ejemplos)	Magnitud	Trascendencia (importancia del problema, para el equipo y para la comunidad)	Vulnerabilidad (capacidad real del equipo de intervenir el problema)
AVE			
Dificultades para la adquisición de órtesis			
Problemas de traslado			

Utilizar Escala de 1 a 5, donde 1 es poco importante y 5 muy importante

3. Definir la oferta de servicios: Programación

La oferta de servicios¹⁸ debe ajustarse a la demanda, para lo cual cuentan con la información del diagnóstico de las redes y el diagnóstico participativo, a partir de esta información definir:

- N° de horas de recursos humanos (kine, To, asistente social, médico, etc)
- N° de horas asistenciales a la semana
- N° personas a atender por hora (individual y grupal)
- N° de horas visitas domiciliaria
- N° de horas de trabajo con grupos
- N° 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.

4. Ajuste de las brechas entre oferta y demanda.

Las brechas entre oferta y demanda se trabajan estableciendo nuevas estrategias tales como:

- Protocolos de atención por patologías¹⁹
- Estableciendo planes de tratamiento acotados, permitiendo un flujo expedito de personas en el Centro.
- Definiendo estrategias de trabajo grupal
- Formando monitores
- Formando a la familia para que continúe el tratamiento en el hogar
- Reorganizando los procesos internos
- Mantener flujos de referencia y contrarreferencia expeditos
- Trabajar con el intersector para utilizar redes de derivación a la comunidad
- Otras

5. Plan de Trabajo Anual

El Plan Anual de Trabajo a lo menos debe contener:

- Diagnóstico
- Objetivos Generales
- Objetivos Específicos

¹⁸ En el Anexo N°7 encontrarán la canasta de prestaciones establecidas para el CCR

¹⁹ El Anexo N°6 contiene una propuesta para la intervención de acuerdo al tipo de discapacidad.

- Estrategias
- Evaluación
- Plan de Capacitación

DESARROLLO DE PROCESOS DE CAPACITACIÓN DE SERVICIO DE SALUD.

Capacitar a los equipos de APS y hospitales de menor complejidad específicamente en el abordaje de las personas en situación de discapacidad, el proceso de rehabilitación y sus alcances y el trabajo con este tipo de familias para que incorporen estas variables en la atención general y específica:

- Visitas Domiciliarias Integrales** realizadas por cualquier miembro del equipo: se espera que se sepa acoger y evaluar las condiciones físicas, familiares y sociales del entorno de una persona en situación de discapacidad.
- Consejería Familiar a la persona en situación de discapacidad y su familia:** apoyo cuando el proceso de discapacidad es evolutivo, en aquellos casos en que la discapacidad se adquiere repentinamente, manejo de los duelos personales y familiares. Clarificar las implicancias de la rehabilitación, ajustando las expectativas a los logros posibles de alcanzar.
- Incorporar a estas familias a un equipo de cabecera a cargo**, con su respectiva ficha familiar y sus atenciones de salud de acuerdo a los programas correspondientes al ciclo vital personal y familiar²⁰.
- Apoyo constante a los cuidadores**, cuando la discapacidad genera situación de dependencia permanente, promover grupos de autoayuda y la participación en las organizaciones comunitarias. Transferencia de conocimientos a la familia para los cuidados domiciliarios.

En definitiva, el equipo básico (kine, TO, A. Social, Psicólogo, etc), debe tener la capacidad de liderazgo en el tema discapacidad y rehabilitación en la comuna, asesora a las personas en situación de discapacidad y su familia y realiza actividades asistenciales.

GESTIÓN LOCAL DEL EQUIPO DE REHABILITACIÓN

- Contribuir a crear o apoyar el trabajo de la Comisión de Discapacidad de la comuna para optimizar los recursos sociales al respecto, que asesore al Consejo Municipal y se encargue de colocar el tema en el Plan de Salud Comunal y en el Pladeco²¹.
- Incorporar a los grupos organizados de usuarios, a la planificación y evaluación de servicios locales de rehabilitación. Esto puede requerir de un proceso previo de sensibilización y capacitación de los usuarios a fin que su incorporación como elemento activo en la gestión de servicios sea fluida y productiva.
- Incorporar este tema en la Programación local del establecimiento y de la comuna.

²⁰ Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la Capacitación OMS, 2000.

²¹ PLADECO: Plan de Desarrollo Comunal.

- Optimizar el uso del equipamiento e infraestructura de dotación, minimizando capacidad instalada ociosa.
- Articular las redes intersectoriales locales para la inclusión en el ambiente social, laboral, escolar de las personas en situación de discapacidad.
- Capacitar al equipo de salud en temas de discapacidad y rehabilitación.

FORMACIÓN DE MONITORES DE SALUD ESPECIALIZADOS EN EL CUIDADO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Hay una dimensión de la protección social que no puede ser entregada por la administración pública, por la burocratización del sistema; en este contexto, los monitores son protagonistas en la des-institucionalización y son el hilo conductor de los servicios sociales modernos, permitiendo el des-asilamiento de las personas con ciertos grados de dependencia, sin embargo, esta actividad debe ser conducida y supervisada por el equipo de salud lo que implica la organización de estos servicios.²² Esta política conduce a mantener a las personas junto a la familia y en su comunidad, con el apoyo necesario, evitando el desarraigo familiar, mejorando la calidad de vida e incorporando los cuidados en el hogar, prácticas que se habían ido perdiendo en la medida de que las familias son cada vez más nucleares; teniendo como costo que algún miembro de la familia debe dejar de trabajar con la consecuente disminución de los ingresos familiares y en el caso de los hogares en extrema pobreza y pobreza tiende a perpetuarla y constituirse en un círculo vicioso.

Generalmente, los cuidados de las personas en situación de discapacidad recaen en las mujeres; que además realizan variados roles en el ámbito familiar; razón de más para apoyarla en el cuidado propio, o en relevo por algún tiempo para que haga sus trámites personales, para que tenga espacios de recreación, o simplemente pueda asistir a un grupo de autoayuda. Apoyar a estas familias en el acceso a los subsidios del Estado.

- Identificar y vincular, voluntarios o grupos de voluntarios, que con o sin capacitación previa, deseen ser incorporados a la cartera de servicios a nivel comunitario.
- Desarrollar, procesos de transferencia y capacitación grupos de cuidadores y/o monitores a fin de incorporarlos como agentes en la cadena de generación de servicios de rehabilitación.²³
- Desarrollar procesos de supervisión y monitoreo de grupos de cuidadores y/o monitores capacitados, a fin de mantener los estándares de calidad de servicios, definidos antes de la capacitación de estos.
- Incorporar estas acciones a las estadísticas del CCR.

²² Voluntariado y Servicios Sociales de Base: Cuadernos de la Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España. Joaquín García Roca

²³ Encontrarán bibliografía para trabajar con Educación de Adultos al final de este documento.

COMUNICACIÓN.²⁴

La comunicación a la sociedad en su conjunto del programa, no sólo al equipo técnico, implica hacer transferencia de conocimientos a la comunidad sobre el tema discapacidad y rehabilitación, la tarea de democratizar el conocimiento es un cambio cultural a largo plazo y este equipo puede contribuir. Muchas experiencias de este tipo han fracasado por quedar aisladas y encerradas en si mismas.

- La difusión debe estar centrada en los derechos de las personas en situación de discapacidad.
- Utilizar todas las alternativas locales para difundir el programa: radios locales, TV local, espacios comunales, etc.
- Difundir y mejorar el acceso a los subsidios del Estado dirigidos a las personas en situación de discapacidad, coordinadamente con el municipio.
- Contar con un Plan de difusión.

GESTION DEL SERVICIO DE SALUD

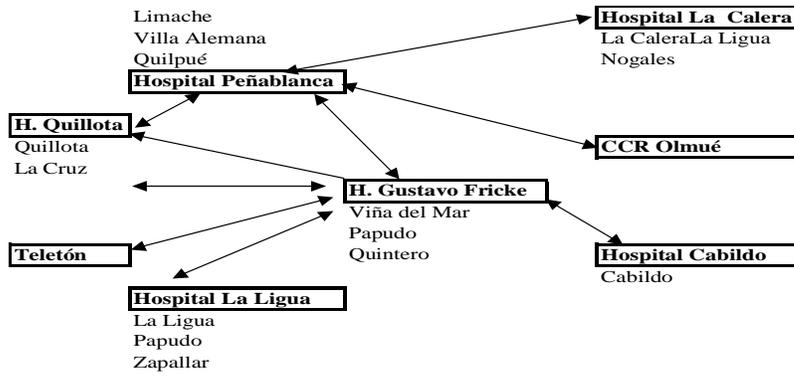
- Constituir la red de Rehabilitación cuyo primer paso es que se conozcan todos los participantes de ella, creando vínculos de trabajo.
- Constituir la red de rehabilitación del Servicio de Salud: definiendo la complejidad de cada establecimiento, el tipo de servicios a entregar y los mecanismos de relación entre los nodos de cada red. En definitiva la Cartera de Servicios de Rehabilitación.
- Establecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- Establecer los mecanismos formales de comunicación de la red.
- Incorporar la asesoría del nivel secundario a la APS y hospitales de menor complejidad.
- Establecer un Plan de Trabajo conocido por el CIRA.
- Incorporar el tema de discapacidad en la Programación Local y en el Plan Estratégico del Servicio de Salud.
- Definir las redes por problemas de salud.

En este tipo de trabajo es preciso construir la red del S. Salud con sus respectivos flujogramas, en conjunto con todos los actores involucrados en el proceso, asimismo, comunicar a todos los equipos de rehabilitación el cambio que se quiere lograr, pues este cambio de cultura necesita de todos los actores trabajando para un mismo objetivo, para lo cual deben conocer la política.

La red también puede incorporar otras instituciones privadas, ONG que tengan desarrollo en el tema y aporten su especificidad en ese espacio local.

²⁴ Lecciones Aprendidas: Rehabilitación con Base Comunitaria en América Latina. Coordinador General: Armando Vásquez, Compiladora María Alejandra Martínez

Ejemplo de una red (S. Salud Viña del Mar Quillota)



Es recomendable que esta red se constituya haciendo conocidos los nombres de las personas que la conforman y sus datos personales para ubicarse con facilidad.

TRABAJO COMUNITARIO Y DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO.

Consiste en que las personas participen identificando sus problemas, ordenándolos de acuerdo al grado en que les afectan y se organicen a partir de ese momento, para buscar soluciones adecuadas a la realidad en que viven.

a) Buscar con quiénes organizarlo.

Conocer quiénes de su equipo de salud han trabajado en el tema, asistente social, matrona, médico, etc; interesados en apoyarlos, grupos organizados, ex usuarios con capacidad de liderazgo, organizaciones de jóvenes, asistente social del municipio, este grupo se mantiene durante todo el proceso.

b) Cómo definir el grupo que vamos a incluir en el Diagnóstico Participativo

Dado que es imposible trabajar con toda la población potencialmente usuaria, se escogen grupos representativos del problema a enfrentar en este caso discapacidad, por ejemplo se escogen grupos por edad, adultos, adultos mayores, por algún tipo de condición, ej.; familiares de personas en situación de discapacidad, monitores o jóvenes que trabajan con personas en situación de discapacidad, etc.

c) Técnicas Participativas

Para recoger la información se utilizan técnicas participativas tales como, talleres, juegos, grupos de discusión, apoyo con gráficas, juego de roles, etc; las técnicas no son lo más importante, son un medio para lograr los objetivos educativos, el aprendizaje, el conocimiento.

d) El diagnóstico mismo

- Conocer cuáles son los problemas que les afectan.
- Ordenarlos de acuerdo a la gravedad, es decir, cuáles afectan más.
- Descubrir que problema solucionar primero.
- Definir el problema, o sea, pasar de las inquietudes vagas a determinar con claridad y ver lo concreto.
- Analizar cómo ve cada uno el problema.
- Analizar qué causó el problema
- Saber a quiénes y cuántas personas afecta.
- Qué pasos debe ir dando para resolverlo.
- Cómo organizarse para solucionarlo.

El diagnóstico se puede enriquecer con información estadística, cualitativa obtenida de entrevistas a informantes claves, etc.

PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA.

Es el método que permite organizar el trabajo a largo plazo, en forma dinámica, continua y participativa, es decir, incluye a individuos y/o grupos en la toma de decisiones, en la resolución de problemas y en el logro de las metas. Implica:

- Definir cuál o cuáles son los problemas que hay que resolver. Es conveniente proponer uno o dos problemas.
- Determinar qué es lo que se quiere cambiar, qué resultados se esperan. ¿Qué cambios se quieren lograr?. Esto es, definir los **OBJETIVOS GENERALES**.
- De estos grandes objetivos, se desprende que logros más pequeños hay que obtener para llegar a la meta. Son los que orientan el quehacer de cada actividad en un tiempo determinado y sirven para medir los avances concretos y evaluar si se va por el camino adecuado, si los obstáculos se pueden vencer o hay que buscar alternativas, esto es, definir los **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**.
- Elegir la estrategia más adecuada, es decir, el mejor camino para lograr los objetivos o las metas. Una estrategia puede tener más de un camino.

PROGRAMACIÓN PARTICIPATIVA.

Qué, cómo, con quiénes, con qué y en cuánto tiempo se realizará cada acción que se ha determinado para seguir el camino elegido y lograr cada uno de los objetivos planteados. Sirve para ordenar las tareas. Es necesario elegir un grupo pequeño de personas para que coordine el trabajo de todos y se preocupe del avance, cumplimiento, etc. Evaluar la implementación de la programación permanentemente permite **ADECUAR** y **ARREGLAR** la programación.

EJECUCIÓN PARTICIPATIVA.

Realización de las propuestas planteadas. La ejecución es participativa en la medida que se incluye a la comunidad y a los equipos en el desarrollo del plan. Como ejemplo de esta etapa puede ser la organización de un determinado grupo, sacar personalidad jurídica con apoyo de la asistente social a objeto de participar en proyectos locales para el logro de la autonomía.

EVALUACIÓN PARTICIPATIVA.

Es el método o forma en que se descubren, analizan, y miden los resultados, de modo que permitan tomar nuevas decisiones en conjunto con las personas.

La forma de evaluar se debe establecer antes de empezar a ejecutar el programa. Este proceso se debe realizar en cada etapa y en todas ellas debe incluir a la comunidad (puede ser a través de representantes; con esto se quiere dejar en claro que no sólo será en grandes asambleas).

Existen técnicas para realizar evaluación participativa; una de ellas es volver a convocar a las personas que participaron en el diagnóstico y analizar el antes y el después. Otra línea que se utiliza sobre todo con adultos mayores y adultos que no leen es utilizar imágenes provocadoras (tipo naipes de tamaño más grandes, hoy día se pueden hacer tarjetas con fotos relativas al proyecto, que obliguen a la reflexión individual y colectiva).

A partir de esta experiencia se sacan conclusiones y proposiciones para mejorar el trabajo que viene a continuación.

Para un mayor desarrollo en el tema pueden consultar el Libro: "Trabajo Comunitario en Salud, Guía Metodológica", Unidad de Participación Social, MINSAL, 1994.

CONCEPTOS PARA EL TRABAJO EN RED.

La discapacidad es una diferencia que debe ser abordada por todos los sectores —salud, educación, vivienda, trabajo, previsión social— y requiere un enfoque transversal y el trabajo en red para optimizar los recursos del estado y lograr plenamente la rehabilitación con la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.

La literatura entrega diferentes caracterizaciones de la administración en redes que se pueden sistematizar a partir de los siguientes aspectos:

*Autoridad y poder: Las redes no se basan en una autoridad central y no se rigen por una meta organizacional singular, involucra la selección de actores apropiados y los recursos requeridos para una determinada actividad. Cada organización representativa lleva y mantiene su autoridad, administrando de manera colectiva, lo que para Dabas y Perrone corresponde a una heterarquía, es decir, la coexistencia de jerarquías distintas, tanto sucesivas como simultáneas, en el funcionamiento de un sistema determinado. En este contexto, permite la creación de organizaciones más democráticas.

*Estructura: El trabajo en redes implica estructuras de trabajo flexibles; esto es: aceptar la imposibilidad de consensos absolutos; admitir visiones de futuros alternativos; aceptar las contradicciones, comprenderlas, convivir con ellas y hacer en el desorden; tener contención ante los problemas. Y en la medida en que se alejan del peso estructural y organizativo de la burocracia tradicional, son estructuras más livianas, están orientadas hacia una eficacia colectiva, se adaptan con mayor rapidez a las condiciones cambiantes, pueden ser formales o informales, intersectoriales o intergubernamentales, y se basan funcionalmente en una política específica o en un área de dicha política. Son estructuras de intercambio y producción, con representantes de organizaciones lucrativas y no lucrativas, privadas o públicas.

El trabajo en redes excluye las jerarquías formales y los mercados perfectos, pero incluye un amplio rango de estructuras intermedias entre ellas. Las redes sirven para enfrentar temas cada vez más complejos y disminuir la fragmentación de las políticas públicas²⁵.

Trabaja preferentemente en organizaciones de tipo horizontal.

* Tipo de sistema: 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.

*Cognitivo: El trabajo en redes requiere habilidades más complejas para encontrar soluciones a los problemas, estimula la creatividad y la innovación. La manera de organización post burocrática es la flexibilidad y la capacidad de innovar.

*Multidimensionalidad: En el trabajo en red es preciso incorporar las múltiples dimensiones que lo sustentan: la técnica, la financiera, el cumplimiento de estándares, la

25 O' Toole, Lawrence J. Jr. (1997). En: Public Administration Review, Vol. 57 N°1 (Jan-Feb). Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration.

dimensión legal —que implica el cumplimiento de normas que pueden regir este tipo de trabajo— y, finalmente, la dimensión política, que incorpora elementos de diplomacia, negociación, mediación, resolución de conflictos.

* Información: La administración en red mejora la difusión de la información por el rápido cambio de la tecnología y por la utilización de canales informales, además de los formales, de comunicación. El trabajo en redes es la forma en la era de la información, así como lo fue la burocracia en la era de la industria.

* Valores: Los problemas y las soluciones se resuelven de manera colaborativa, permitiendo la concertación de intereses y de la meta. Para este trabajo se requiere el apoyo de la unidad de origen del administrador, la voluntad de cooperar dentro y fuera de la organización, y obtener el espacio para desarrollar acciones con otras organizaciones.

*Códigos básicos del trabajo en red: Diversidad, pluralidad, interacción, dinámica interdisciplinaria, flexibilidad, negociación, democracia, convocatoria, sustentabilidad, compromiso, transparencia, cooperación, creatividad, innovación, equidad, solidaridad²⁶.

*Habilidades del administrador en red: Es fundamental la confianza en alcanzar la meta; la capacidad de identificar los recursos y habilidades del otro, independiente de su posición jerárquica; saber unir conocimientos y recursos; asegurar la interacción eficaz; capacidad de persuasión; confianza en la responsabilidad compartida, que requiere de conocimientos básicos de la teoría del comportamiento, relaciones humanas y trabajo en grupos. La toma de decisiones es colectiva y requiere de práctica profesional transdisciplinaria. En síntesis, las redes son definidas como interdependientes y coiguales²⁷.

*Reciprocidad en las relaciones y liderazgo entre sus miembros: Las redes forman sistemas complejos de relaciones, cada parte conoce dinámicamente a cada una de las otras. Las personas forman un sistema social común, comparten ideas y objetivos, tienen polivalencia funcional y sentimiento de pertenencia, los liderazgos son alternativos y variables, incluso voluntarios, y se reduce la gerencia intermedia.

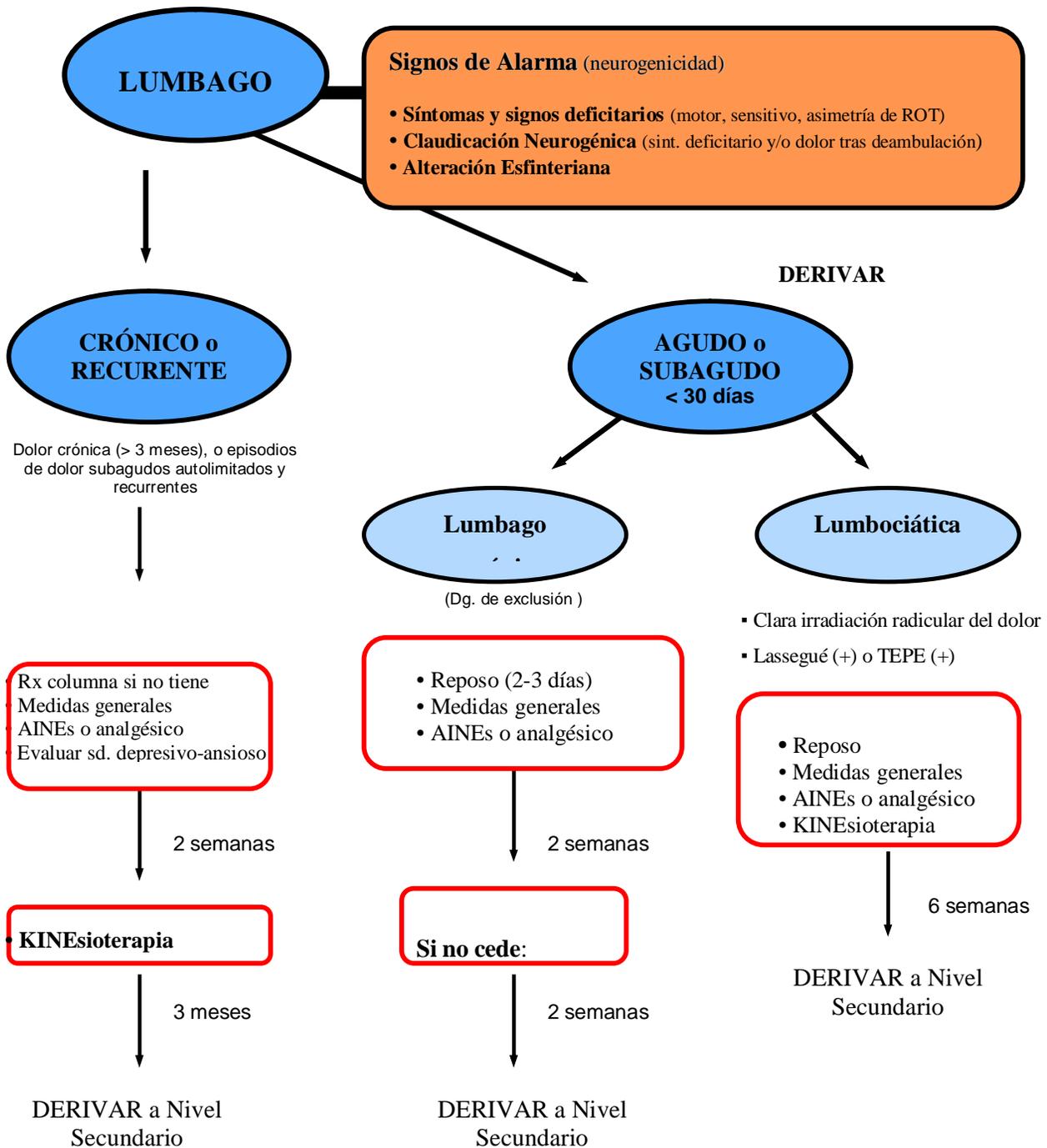
La red apela permanentemente a la reciprocidad: cuando se convoca a la red, se debe esperar ser convocado; solicitar ayuda también puede significar la petición de nuestra ayuda. Las mejores intervenciones se realizan cuando se produce una opción sobre articulaciones y vínculos preexistentes.

²⁶Dabas Eliana, Perrone Nestor: Redes en Salud, Noviembre 1999.

²⁷ Agranoff, Robert y Mc Guire, Michael (1999) En: Policy Studies Review, Vol.16, N°1.

FLUJOGRAMAS PARA EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS OSTEOMUSCULARES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los flujogramas que se presentan fueron diseñados por el equipo del Servicio de Salud Sur, se orientan al manejo en la atención primaria de los síntomas osteomusculares, incorporando el Avance GES Artrosis. Están definidos para apoyar al médico de APS, la derivación a Kinesiología y la oportuna referencia al nivel secundario cuando sea necesario. Deben ser enriquecidos y modificados por cada Servicio de Salud a fin de adecuarlos a su realidad local, a su capacidad de oferta de especialistas en el nivel secundario y el acceso al uso de la imagenología y exámenes. La definición de la red de rehabilitación de cada Servicio debe incorporar a todos los establecimientos que la componen



Recomendaciones:

- En caso de dolor severo: usar AINEs im o ev y evaluar dentro de las siguientes 48 hrs. Y eventual **DERIVACIÓN.**

HOMBRO DOLOROSO

Signos de Alerta (indicación quirúrgica)

- < de 40 años.
- Con antecedente de traumatismo asociado
- Más limitación funcional y dolor persistente.

DERIVAR con prioridad

Rx y Eco

Eventual indicación quirúrgica

- Con limitación funcional
- Con dolor persistente

- AINEs
- Relajante muscular
- Amitriptilina (en caso de ansiedad)
- No inmovilizar, no usar cabestrillo

10 días

No mejora:

- > 3 meses evolución con dolor persistente
- Con dolor >6/10 de predominio nocturno
- Con persistencia del limitación funcional
- Sin respuesta a KINE.

DERIVAR a Nivel Secundario

- Eco
- Infiltración

NOTA:

- 10 % aproximadamente de pcte. sobre 50 años tienen rotura completa asintomática del SE por ecografía.
La degeneración fisiológica de tendón SE comienza desde los 30 años de edad y aumenta con la edad

AO Rodilla

Diagnóstico
Indicación de analgesia
Educación

5 semanas

Educación
Ajuste de analgesia
Eventual

5 - 10 semanas

▪ Evaluación y eventual
Derivación

- Escasa respuesta a tratamiento
- Derrame recurrente
- Dolor nocturno importante

} **DERIVAR a
Reumatología**

- Bloqueo articular
- Deformidad severa (valgo o varo)
- Persiste con limitación a la marcha antes de 3 a 5 cuerdas.

} **DERIVAR a
Traumatología**

Criterios Diagnósticos AO rodilla

- Dolor articular y
- 5 de los siguientes:
 - > 50 años edad
 - Rigidez matinal < de 30 min.
 - Crujido en movimiento activo
 - Sensibilidad ósea
 - Volumen óseo
 - Sin aumento de temperatura articular
 - VHS < 40 mm/hrs
 - F Reumatoídeo (-)
 - Ex. de líquido sinovial de Ao

(Ex. Líquido articular: recomendado para especialistas)

AO Cadera

Clasificación Funcional (ver tabla de Clasificación funcional)

Limitación funcional ≥ 9 pts.

Moderada. Buena o Muv buena

- Rx. de Pelvis frontal de pie
- Evaluación funcional
(ver tabla de Evaluación funcional)

- Diagnóstico
- Indicación de analgesia
- Educación

5 semanas

- Evaluación funcional
- Ajuste de analgesia
- Eventual Kinesioterapia

5 - 10 semanas

- Evaluación y eventual Derivación

- Escasa respuesta a tratamiento

} DERIVAR a Nivel Secundario

Limitación funcional < 9 pts.

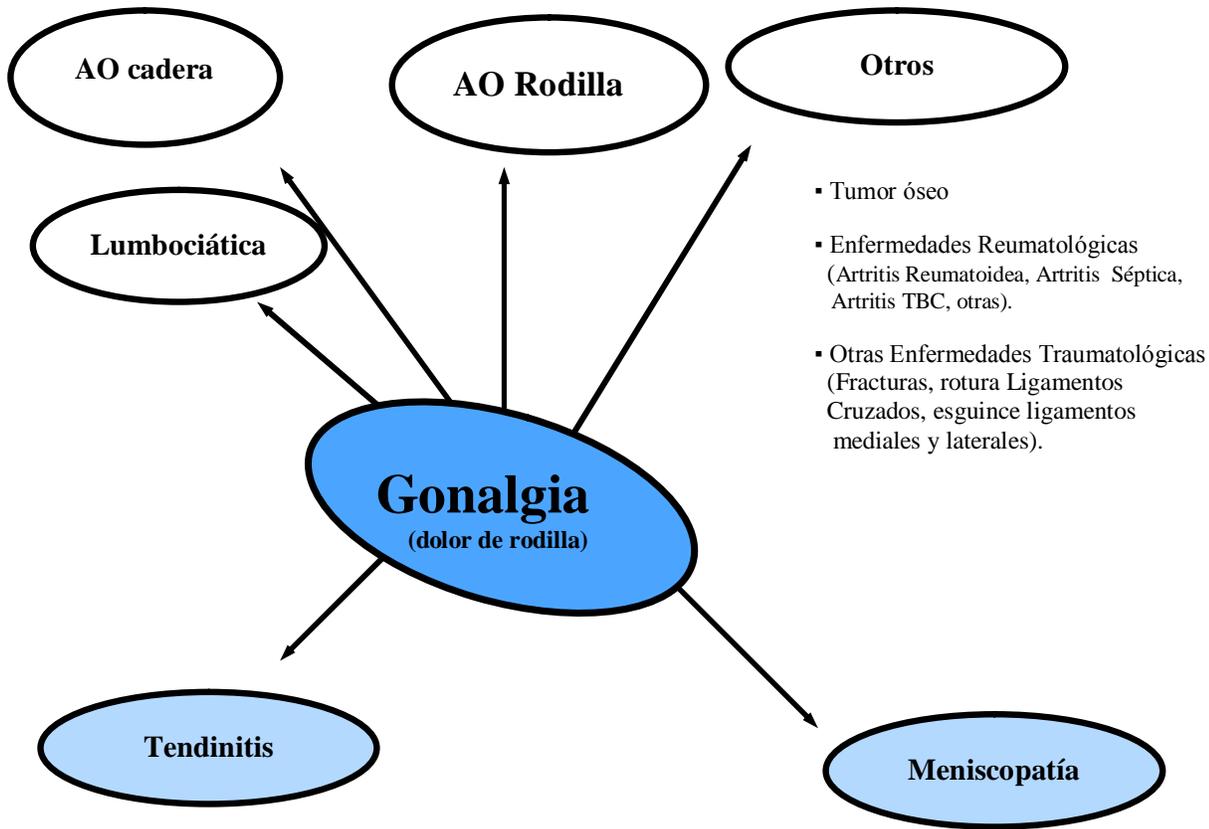
Severa
(Regular o Pobre según tabla)

DERVAR a Traumatología
(en > 64 años por AUGE)
(en 64 o menos derivar de manera tradicional)

Crterios Diagnósticos AO cadera

(sensibilidad 89%, especificidad 91%)

- Dolor articular y
- 2 de los siguientes:
 - VHS < 20 mm/hrs
 - Osteofitos femorales o acetabulares
 - \downarrow espacio articular



- **Pes Anserina** (pata de ganso)
- **Cuadricipital** (polo superior de rótula)
- **Rotuliana** (polo inferior de rótula)

- Frío local (evitar hielo directo) x 7 días
- Luego calor local
- AINEs en gel (tópico)
- AINEs oral por 10 días
- Modificar hábito postural
- Kinesioterapia
- ↓ de peso si corresponde
- No inmovilizar

6 semanas

- Escasa respuesta a tratamiento

} DERIVAR a Nivel Secundario

- Frío local (evitar hielo directo) x 2 días
- Luego calor local
- AINES oral
- No inmovilizar

DERIVAR a Nivel Secundario

Evaluación Funcional de Cadera de Aubigné y Postel

Ptaje	Dolor	Habilidad para caminar	Movilidad
6	Sin dolor	Normal	Flexión > 90°, abducción a 30°
5	Leve, inconstante, actividad normal	Claudica levemente, no usa bastón	Flexión 80-90°, abducción 15°
4	Dolor a caminata suave, sin dolor en descanso	Larga caminata con bastón, caminata corta sin bastón	Flexión 60-80°, puede tocarse el pie.
3	Dolor tolerable, limita actividad	Solamente con bastón, < 1 hora	Flexión 40-60°
2	Severo cuando camina	Solamente con bastón	Flexión < 40 °
1	Severo con dolor nocturno	Solamente con muletas	Flexión 0°, ligera deformidad/ dolor
0	Intenso y permanente	No camina	Anquilosis/ mala posición de cadera

Clasificación Funcional de Cadera de Aubigné y Postel

Dolor	Caminar	D+C	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN
6	6	11-12	Camina sin bastón, sin dolor, sin claudicación	Muy Bueno
6	5		Camina sin bastón, sin dolor, ligera claudicación	
5	6		Camina sin bastón, duele al inicio del movimiento, no claudica	
5	5	10	Camina sin bastón, con dolor leve y claudicación leve	Bueno
4	6		Camina sin bastón, con dolor, sin claudicación	
6	4		Usa bastón fuera de casa, pero no duele	
5	4	9	Usa bastón fuera de casa, dolor leve	Moderado
4	5		Camina sin bastón, dolor leve después de caminar, claudica leve	
6	3		Usa bastón todo el tiempo, sin dolor	
5	3	8	Usa bastón todo el tiempo, con dolor leve	Regular
4	4		Usa bastón fuera de casa, dolor después de caminar	
		7 o -	Movilidad reducida	Pobre

Apoyo radiográfico en AO rodilla

- En la mayoría de casos no es necesaria
- En Ao primaria, solicitar Rx bilateral
- En Ao inicial, la Rx puede ser negativa
- Proyecciones:
 - Antero Posterior (de pie)
 - Lateral semiflexión
 - Axial de rótula en 30 °

Apoyo radiográfico en Artrosis

- **Clasificación de Kellgren-Lawrence** (válida en cualquier radiografía de Ao)

- Grado 0: Sin Artrosis.
- Grado 1: Mínimos osteofitos
- Grado 2: Claros osteofitos
- Grado 3: ↓ espacia articular
- Grado 4: Severo compromiso esp. artic.

Hallazgos Radiológicos en Lumbago

- Tumor de cuerpo vertebral (opacidad de pedículos)
- Espondilolistesis (anterior o posterior)
- Fractura de cuerpo vertebral (Dorsal: osteoporótica)
- ↓ espacio Inter. Vertebral: (baja especificidad y sensibilidad)

INDICE KATZ

Evalua los grados de dependencia en AVD.

Nombre Paciente:.....**Nº Ficha Clínica:**.....

Independiente: sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, Un paciente que se niega a hacer una función, se considera incapaz de hacerla.

Actividades Básicas de la Vida Diaria	Dependiente Leve	Dependiente Moderado	Dependiente Severo
Bañarse	Se baña completamente sin ayuda o recibe ayuda solo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo y/o recibe ayuda para entrar o salir de la bañera	Totalmente incapacitado para darse un baño por si mismo
Vestirse	Coge la ropa y se viste completamente o recibe ayuda exclusivamente para atarse los zapatos	Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente	Totalmente incapacitado para vestirse por si mismo
Usar el inodoro	Va solo al inodoro, se limpia y ajusta la ropa. Puede usar el orinal de noche.	Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda para hacer uso del orinal	Totalmente incapacitado para usar el inodoro
Trasladarse	Se levanta y se acuesta, se incorpora y se sienta de manera independiente	Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones	Totalmente dependiente para levantarse o acostarse o para incorporarse o sentarse o ambos
Continencia	Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación	Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total o necesita control total o parcial por enema, sonda o uso reglado de orinales	Depende totalmente de pañal, sonda o colostomía
Alimentarse	Se alimenta sin ayuda, lleva la comida del plato u otro recipiente a la boca (se excluye cortar la carne o untar la mantequilla)	Necesita ayuda para comer o necesita ayuda solo para cortar carne o untar el pan	Es alimentado por otra persona , por sonda o por vía parenteral

Clasificación

Dependencia Leve	No precisa ayuda o utiliza ayuda solo para un componente de la actividad
Dependencia Moderada	Requiere asistencia para más de un componente pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.
Dependencia Severa	Necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad.

Bibliografía Trabajo Comunitario:

- Aire Limpio para Santiago, Guía Metodológica en Contaminación Atmosférica. Figueroa Roca, Bunge Soledad, MINSAL.
 - Manual: Gestión Participativa y Salud Mental, De Ferrari Isabel, Florenzano Ramón, Thumala Edgardo, Espejo Francisco, Muñoz Graciela, Valdés Macarena, MINSAL , 1992.
 - Trabajo Comunitario en Salud: Guía Técnica Metodológica; Unidad de Participación Social, Enero 1994. MINSAL.
 - Técnicas de Educación Popular, CIDE, Alforja
 - Planificación local participativa: metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. OPS. OMS. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 41. OPS.1999.
- Seminario Internacional: Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas, Unicef,

APOYO AL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES

A. PLAN DE TRATAMIENTO

Es preciso definir un plan de trabajo consensuado con el equipo (Kinesiólogo, T. Ocupacional, psicólogo, Asistente Social, etc.) y la persona en situación de discapacidad y/o su familia. Deben ser objetivos claros, alcanzables, debe tener principio y fin, lo que no es excluyente de reevaluar y continuar o generar un nuevo ciclo. A continuación se presenta una planilla que se puede llevar en forma de tarjetero (físicamente) o digitalmente a objeto de tener presente en cada visita de un usuario, entrega el mapa general del tratamiento y sus avances.

PLAN DE INTERVENCIÓN DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

OBJETIVO PRINCIPAL

DISMINUIR O ERRADICAR EL DOLOR
 DISMINUIR O ELIMINAR COMPROMISO DE MOVILIDAD
 MEJORAR LA INDEPENDENCIA EN AVD
 REINCORPORAR AL TRABAJO O LA ESCUELA
 APOYO AL CUIDADOR
 PREVENIR PERDIDA DE FUNCIONALIDAD
 PREVENIR COMPLICACIONES SECUNDARIAS

OBJETIVOS SECUNDARIOS

DISMINUIR O ERRADICAR EL DOLOR
 DISMINUIR O ELIMINAR COMPROMISO DE MOVILIDAD
 MEJORAR LA INDEPENDENCIA EN AVD
 REINCORPORAR AL TRABAJO O LA ESCUELA
 APOYO AL CUIDADOR
 PREVENIR PERDIDA DE FUNCIONALIDAD
 PREVENIR COMPLICACIONES SECUNDARIAS

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS A REALIZAR

	Nº	
Fisioterapia		confección de adaptaciones
Masoterapia		Consejería (F, I)
Ejercicios Terapeuticos		Entrenamiento AVD
Formación de Monitores		Desarrollo Psicomotor
Inclusión Social		Taller cuidados del cuidador
Actividades Recreativas		Taller adulto mayor
Habilitación Laboral/edu		Taller desarrollo sicomotor
Confección de órtesis		Taller embarazadas
		Otros

Nº sesiones	

DURACION DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN DE ESTE PLAN

FECHA INICIO FECHA DE TÉRMINO

APOYO AL REGISTRO DE ACTIVIDADES

B. REHABILITACIÓN FÍSICA, DEFINICION DE PRESTACIONES INCORPORADAS AL REM

1. Consultas de profesionales no médicos:

Consultas de Rehabilitación Física:

Atención entregada por el profesional, terapeuta ocupacional o kinesiólogo, fonoaudiólogo, psicólogo, en la que éste realiza evaluaciones y programa acciones terapéuticas de acuerdo con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o cuidador, a partir de acordar los objetivos terapéuticos.

Control rehabilitación física

Atención entregada por el profesional, terapeuta o kinesiólogo, en la que evalúa el impacto en el tiempo de las acciones terapéuticas programadas y, eventualmente, define, en conjunto con la persona en situación de discapacidad, la familia /o cuidador, ajustes en lo planificado para obtener los objetivos terapéuticos acordados.

Procedimientos rehabilitación física : Actividades terapéuticas dirigidas a la persona en situación de discapacidad en la que se aplica una o más de las siguientes tipos de intervenciones: Fisioterapia, Masoterapia, Ejercicios terapéuticos, Confección de órtesis, Confección de adaptaciones, .Entrenamiento de AVD (actividades de la vida diaria) se pueden realizar en la sala de rehabilitación (para lo que está implementada) , en la casa, en un tercer lugar, Estimulación del desarrollo psicomotor, Otros.

2. Estado de la actividad:

Ingresos, Egresos y Abandonos a Rehabilitación Física con los siguientes problemas de salud:

- a) Síndrome Doloroso de origen traumático
- b) Síndrome Doloroso de origen no traumático
- c) Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera
- d) Secuela de AVE
- e) TEC
- f) Parkinson
- g) Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular
- h) Otros

2.1. Ingreso:

Primera atención a una persona en situación de discapacidad en el marco de la ejecución de un plan de tratamiento con un determinado objetivo

En ingreso se marcaría como ingreso y se agregaría este registro:

Usuario dependiente de cuidador: si – no

Plan de entrenamiento acordado usuario y/o familia: si - no

2.2. Reingreso

Atención de una persona en situación de discapacidad previamente ingresada a tratamiento, dada de alta por cualquier causal, que inicia la ejecución de un plan de tratamiento con el mismo u otro objetivo de ingreso.

2.3. Egreso por:

a. Alta

Actividad terapéutica en la que se constata el cumplimiento de las acciones terapéuticas programadas y se evalúa si se cumplieron o no los objetivos terapéuticos.

b. Derivación a especialidad

Actividad terapéutica en la que se constata el cumplimiento de las acciones terapéuticas programadas, se evalúa el cumplimiento de los objetivos y a partir de ello se solicita la evaluación de un especialista.

c. Abandono

Actividad terapéutica en la que se constata el incumplimiento de las acciones terapéuticas programadas, por más de dos sesiones, sin la debida justificación de la persona en situación de discapacidad, su familia y/o cuidador, procediéndose a decretar el alta.

3. Visitas Domiciliarias Integrales a Familias: “Familia con integrante en rehabilitación física”

Aquella visita que se hace en domicilio, realizada por uno o más de los profesionales de rehabilitación, puede ser acompañados por algún integrante del equipo de salud familiar. Tiene por objetivo evaluar las condiciones de vida en el hogar (estructurales, como también la dinámica familiar), asimismo, puede llevar asociada intervenciones específicas de rehabilitación y/o consejerías familiares, educación para la salud (enseñanza al cuidador), etc.

4. **Sección Consejerías Individuales:** Es una técnica aplicada por un profesional o el equipo, en que se destina un tiempo programado para trabajar alguna necesidad planteada por un usuario/a.²⁸ El problema es definido por la persona, se analiza en conjunto las causas, se buscan las posibles soluciones y se toman acuerdos al respecto, a los cuales se da seguimiento posterior. El objetivo de la consejería es enfrentar crisis normativas, no normativas, duelo, prevención, anticipación al daño, etc. El terapeuta actúa como catalizador, facilitador y potenciador de los recursos personales de la PsD. **No** es consejería dar una buena atención e informar al usuario sobre su proceso de rehabilitación, su enfermedad, tratamiento, prevención, dar consejos, informar, o educar, no debe confundirse con esta prestación.

Consejerías Familiares en Rehabilitación

Espacio terapéutico para la familia, de interacción familiar –entre los miembros y con equipo de salud familiar y/o de rehabilitación.²⁹ Se destina un tiempo programado para trabajar alguna necesidad planteada por la familia o un miembro de ella. El problema es definido por la familia, se analiza en conjunto las causas, se buscan las posibles soluciones y se toman acuerdos al respecto, a los cuales se da seguimiento posterior. El objetivo de la consejería es enfrentar crisis normativas, no normativas, duelo, prevención, anticipación al daño, etc. El o los terapeutas actúan como catalizador, facilitador de cambios y potenciador de los recursos familiares. Una Consejería puede durar más de una sesión.

5. **Educación para la Salud: “Rehabilitación Física”**

Entrega de conocimientos y habilidades para desarrollar estrategias curativas y/o preventivas en rehabilitación, cuidado al cuidador, educación en prevención de discapacidad en adultos mayores, trabajo con grupos de familias, etc. El objetivo fundamental es el traspaso de conocimientos en el tema a personas o grupos.

6. **Educación de Grupos: “Rehabilitación Física”**

Actividades preventivas de discapacidad y promocionales de estilos de vida saludables que ayuden a mantener y/o retardar procesos crónicos, como también actividades de prevención secundaria realizadas en grupo.

7. **Inclusión Social**

Inclusión social es un producto de la intervención del equipo, definida en conjunto con la PsD como parte de su Plan de tratamiento. Puede ser laboral, escolar, a grupos sociales, o a desarrollos al interior de la familia y el hogar, el logro de una actividad nueva o recuperada (AVD, jardinería, trabajo en la chacra, cuidado de

²⁸ José Luis Contreras, Médico de familia

²⁹ José Luis Contreras: Médico de Familia.

los animales, actividad social con familia nuclear o extendida, incorporación a las actividades sociales de la comunidad)³⁰

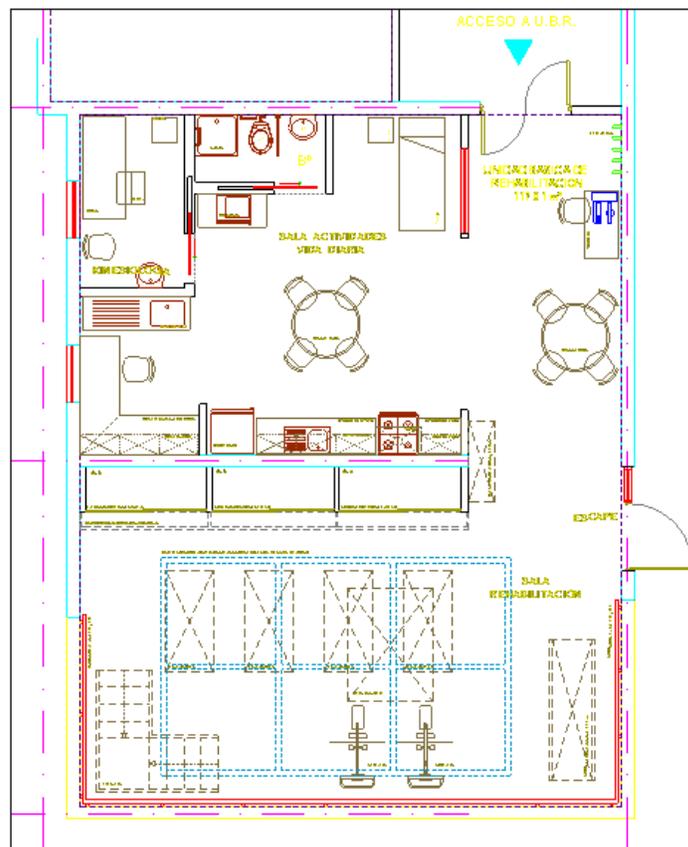
³⁰ Ver análisis en mayor profundidad en conceptos teóricos, primera parte de este documento.

MODELOS ARQUITECTÓNICOS, IMPLEMENTACIÓN Y CANASTA DE PRESTACIONES

A. UNIDADES BÁSICAS DE REHABILITACIÓN (UBR). SALA RBC

Las unidades básicas de rehabilitación (UBR), es el espacio físico asignado a las salas de RBC o CCR, están consideradas en aquellos establecimientos de atención primaria de salud y hospitales comunitarios de salud familiar que tengan una población asignada mayor de 12.000 personas. El recurso profesional básico de estas UBR es un terapeuta ocupacional y un kinesiólogo, si la población asignada es mayor de 30.000, se considera un segundo kinesiólogo. :³¹

a. Modelo Arquitectónico:



- * Es de 82 a 90 m2 de superficie
- * considera áreas de trabajo común para los profesionales.
- * Tiene un área para el trabajo en AVD

³¹ Este trabajo se realizó en conjunto con la Arquitecto: Ingrid Heyer del Departamento de Planificación e Inversiones .

b. Implementación

La implementación de las UBR (sala RBC) responde a criterios de efectividad de las terapias que ofrecemos, posibilidad del sistema de entregar la intensidad de tratamiento en la dosificación terapéutica y disminución de los riesgos de eventos adversos.

Algunos elementos aplicados:

- La medicina basada en la evidencia respalda básicamente la efectividad de los ejercicios terapéuticos, grupales y/o individuales según las distintas patologías.
- La fisioterapia, según la MBE, tiene baja efectividad y ello solo con algunas técnicas y en patologías muy específicas, aunque no se desconoce el efecto placebo.
- Hay evidencia que el uso de ultratermia e infrarrojo no inciden en los resultados terapéuticos.
- La electroestimulación para ser efectiva terapéuticamente requiere una dosificación (sesiones por día y prolongación en el tiempo) que no estamos en condiciones de entregar en este nivel de atención, salvo que le entregáramos los equipos a los pacientes
- El uso de la rueda de hombro requiere que el tratante esté supervisando en forma directa y permanente el eje de los movimientos para no provocar deterioro.
- El uso de tanques de hidroterapia requiere de cambio del agua de un paciente a otro para evitar procesos infecciosos y ello genera un costo que no es resistible.

TABLA IMPLEMENTACIÓN UBR

EQUIPAMIENTO USO COMUN	
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
Esfigmomanómetro 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

c. Prestaciones Salas de Rehabilitación de Base Comunitaria (UBR)

La canasta de actividades para cada estrategia está definida en el Programa de Rehabilitación Integral en las Redes de Salud 2008.

Prestación	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

	<p>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> <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

B. CENTROS CON REHABILITACIÓN INTEGRAL

La estrategia de rehabilitación integral, con acento en la resolución de las necesidades de rehabilitación de la población afecta de síndromes dolorosos de origen osteomuscular, se establece en centros de salud con una población asignada menor de 12000 personas y, también en algunos centros de comunas de gran concentración de población, que generan una microred de rehabilitación, como complemento a una UBR. El recurso profesional básico es un kinesiólogo y requiere un estrecho trabajo en red, tanto interna como externa.

a. Modelo Arquitectónico.

No hay un modelo específico para esta sala. Se entiende que requiere de una superficie para instalar la implementación y ello puede cumplirse tanto creando una estructura específica o como ampliando una ya existente. De hecho, los proyectos pilotos y varios posteriores, se instalaron en contenedores y aún están en ellos. Los nuevos desarrollos pueden lograr este espacio ampliando las salas ERA de sus proyectos. Tanto en los centros con UBR como con esta estrategia se entiende que parte del trabajo, principalmente el grupal, se puede y debe hacer utilizando las salas multipropósito u otras instalaciones comunitarias.

b. Implementación.

Responde a los mismos criterios de las UBR y se adecúa al tipo de profesional con que cuenta.

EQUIPAMIENTO	
Andadores	4
Barra paralela de 2 metros alto y ancho regulable	1
Bastones set	2
Colchoneta alta	1
Camilla clínica	1
Colchoneta alta densidad	4
compresas de gel para frío	4
compresas de semillas para calor	4
Escabel	1
Espejo de corrección (móvil o de pared)	1
Gabinete colgante	1
microondas	1
Mini plataforma elástica (equilibrio)	1
Piso Taburete	2
refrigerador dos puertas	1
Set de bandas elásticas de diferentes resistencias	1
TENS	2

c. Prestaciones.

Prestación	Contenido
Plan de Salud Familiar	Acciones para mejorar el acceso a todas las prestaciones que se entregan en el CESFAM
Atención Rehabilitación Integral Kinesiólogo	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
Ortesis	Entrenamiento en el uso de ortesis (silla de ruedas y carros andadores principalmente).
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 :	Diagnóstico especializado, diagnóstico diferencial, tratamiento especializado, indicaciones al equipo APS para su seguimiento

C. DISEÑO DE EVALUACIÓN

Ges Artrosis

AREA DE EVALUACION	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	% evaluación
	Personas atendidas	100% de las personas atendidas son ingresadas al SIGGES	Nº personas ingresadas al SIGGES /Total canastas entregadas *100	SIGGES/ Convenio	50
	Calidad de la atención	% de personas derivadas al nivel secundario	Nº de personas derivadas al nivel secundario/ total de personas acogidas a la garantía en el establecimiento *100	Registro Listas de Espera	50

CORTE DE EVALUACIÓN AGOSTO

Diseño de Evaluación Programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad

Evaluación Corte Agosto

EVALUACION	Actividad	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso RBC	Peso RI	Peso RR																																																																																																																														
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	0																																																																																																																																	
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad	Inclusión Social producto de la intervención del equipo	10% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PsD atendidas por el equipo logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	N° personas que logran inclusión /total de ingresos *100	REM	RBC	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	20																																																																																																																																
							RI	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9		20																																																																																																																															
	Egreso posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo		N°PsD egresadas/Total ingresos*100	REM	RBC	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29,9	30																																																																																																																																
							RI	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29,9		30																																																																																																																															
	"Familia con integrante en rehabilitación física"			100% PsD con Visita Domiciliaria Integral	N° PsD con Visita Domiciliaria Integral/Total ingresos*100	REM	RR	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9			30																																																																																																																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Metas por estrategia</th> <th rowspan="2">Indicador</th> <th rowspan="2">Fuente</th> <th rowspan="2">Estrategia</th> <th colspan="4">Cumplimientos</th> <th rowspan="2">Peso RBC</th> <th rowspan="2">Peso RI</th> <th rowspan="2">Peso RR</th> </tr> <tr> <th>RBC</th> <th>RI</th> <th>RR</th> <th>100%</th> <th>75%</th> <th>50%</th> <th>Menos%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Ingresos y egresos</td> <td rowspan="6">N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular*100</td> <td rowspan="6">REM</td> <td rowspan="6">RBC</td> <td>20y más</td> <td>15-19,9</td> <td>10- 14,9</td> <td>menos de 9,9</td> <td>30</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Síndrome Doloroso de origen no traumático</td> <td rowspan="5">Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular</td> <td rowspan="5">Mantener al menos un 15% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular</td> <td rowspan="5">Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular</td> <td>RI</td> <td>15 y más</td> <td>10- 14,9</td> <td>5-9,9</td> <td>menos de 4,9</td> <td></td> <td>30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera</td> <td>RR</td> <td>20y más</td> <td>15-19,9</td> <td>10- 14,9</td> <td>menos de 9,9</td> <td></td> <td></td> <td>20</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>TEC</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parkinson</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rehabilitación Física: Actividades de prevención de discapacidad</td> <td>50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales</td> <td>50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales</td> <td>50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales</td> <td>N°de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100</td> <td>REM</td> <td>RBC, RI, RR</td> <td>50 y más</td> <td>40- 49,9</td> <td>30 - 39,9</td> <td>menos de 29,9</td> <td></td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>													Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso RBC	Peso RI	Peso RR	RBC	RI	RR	100%	75%	50%	Menos%	Ingresos y egresos			N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular*100	REM	RBC	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	30			Síndrome Doloroso de origen no traumático	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	RI	15 y más	10- 14,9	5-9,9	menos de 4,9		30		Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera	RR	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9			20	30	TEC											Parkinson											Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular											Otros												Rehabilitación Física: Actividades de prevención de discapacidad	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	N°de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100	REM	RBC, RI, RR	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29,9		20	20												100	100	100
Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso RBC	Peso RI	Peso RR																																																																																																																																
RBC	RI	RR				100%	75%	50%	Menos%																																																																																																																																			
Ingresos y egresos			N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular*100	REM	RBC	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	30																																																																																																																																		
Síndrome Doloroso de origen no traumático	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular				Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	RI	15 y más	10- 14,9	5-9,9	menos de 4,9		30																																																																																																																															
Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera							RR	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9			20	30																																																																																																																													
TEC																																																																																																																																												
Parkinson																																																																																																																																												
Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular																																																																																																																																												
Otros																																																																																																																																												
Rehabilitación Física: Actividades de prevención de discapacidad	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	N°de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100	REM	RBC, RI, RR	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29,9		20	20																																																																																																																															
											100	100	100																																																																																																																															

CORTE DE EVALUACION DICIEMBRE

Diseño de Evaluación Programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad Evaluación Corte Diciembre

EVALUACION	Actividad	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso	
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	0		
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad	Procedimientos y/o prestaciones	procedimientos corresponden a fisioterapia.	procedimientos corresponden a fisioterapia.	procedimientos corresponden a fisioterapia.	procedimientos fisioterapia / total de procedimientos *100	REM	RBC, RI, RR	10% y más	11a 14%	15 a 19%	20 y más	5	
	Sección Consejerías Individuales:	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares	Nº de actividades con consejerías individuales o familiares/ Total Procedimientos * 100	REM	RBC, RI, RR	5% y más	4 a 4,9 %	3 a 3,9	2,9% y menos	10	
	Visitas Domiciliarias Integrales	10% PsD con Visita Domiciliaria Integral	5% de PsD con Visita Domiciliaria Integral	70% de las PsD con Visita Domiciliaria Integral	Nº PsD con Visita Domiciliaria Integral/Total ingresos*100	REM	RBC	10 y más	7,5- 9	5-7,4	4,9 y menos	5	
								RI	5% y más	4 a 4,9 %	3 a 3,9		2,9% y menos
								RR	70% y más	61-69,9	50- 60,9		49,9 y menos
	Inclusión Social producto de la intervención del equipo	10% de las PSD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PSD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PSD atendidas por el equipo logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	Nº personas que logran inclusión /total de ingresos *100	REM	RBC	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	15	
RI							5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9			
RR							5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9			
Egreso posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	NºPsD egresadas/Total ingresos*100	REM	RBC, RR, RI	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9	5		

	Ingresos y egresos	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso		
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	Menos%			
Resultados obtenidos en las PsD de acuerdo a problemas de salud	Síndrome Doloroso de origen traumático	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/*100	REM	RBC	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	20		
	RI						15 y más	10- 14,9	5-9,9	menos de 4,9				
	RR						20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9				
	Síndrome Doloroso de origen no traumático													
	Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera													
Parkinson														
Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular														
Otros														
Actividades preventivo promocionales	Educación para la Salud	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso		
	RBC	RI	RR	100%				75%	50%	0				
	Rehabilitación Física: Cuidado a los cuidadores	20 % de las actividades de Promoción destinadas a Capacitación, Jornadas o Seminarios , corresponden al Cuidado de los Cuidadores	20 % de las actividades de Promoción destinadas a Capacitación, Jornadas o Seminarios , corresponden al Cuidado de los Cuidadores	20 % de las actividades de Promoción destinadas a Capacitación, Jornadas o Seminarios , corresponden al Cuidado de los Cuidadores	Nº actividades Cuidado del cuidador/ Total de actividades : Capacitaciones, Jornadas, Seminarios*100	REM	RBC, RR, RI	20 y más	15-19,9	10-14,9	menos de 9,9	5		
Rehabilitación Física: Actividades de prevención de discapacidad	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	Nº de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100	REM	RBC, RI, RR	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9	20			
Actividades Comunitarias	Trabajo Comunitario para la Inclusión Social	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso		
	RBC	RI	RR	100%				75%	50%	0				
Contar con Diagnóstico Participativo	100% de los centros cuentan Dg participativo y plan de trabajo	100% de los centros cuentan Dg participativo y plan de trabajo		SI/NO	INFORME	RBC, RI	100	75 a 90,9	50 a 74,9	49,9 y menos	15			
			100% de las comunas cuentan con Dg participativo y plan de trabajo	Nº comunas con Dg Participativo/ total comunas convenio	INFORME	RR	100	75 a 90,9	50 a 74,9	49,9 y menos				

D. TIEMPOS TERAPÉUTICOS Y FRECUENCIA DE LAS TERAPIAS

SUGERENCIA DE TIEMPOS TERAPÉUTICOS Y FRECUENCIA

Prestación	Condición	Tiempo terapéutico	Frecuencia
Consultas de Rehabilitación Física.	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y otros cuadros complejos recientes	60 min.	1 vez x ingreso
	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y moderado y otras patologías discapacitantes de curso crónico	45 min.	1 vez x ingreso
Control rehabilitación física. Incluye los tiempos para procedimientos rehabilitación física (estas actividades deben ser anotadas en registro paralelo en forma desagregada)	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y otros cuadros complejos recientes	60 min.	2-3 veces por semana
	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y moderado y otras patologías discapacitantes de curso crónico	45 min.	1-2 veces por semana
Consejerías Individuales o familiares	Tiempo depende de complejidad del caso	45-60 min	1- 2 veces x ingreso
Terapias Grupales (de 6 a 12 personas por vez, dependiendo del espacio)	Artrosis leve y moderada, Parkinson, Adulto Mayor, grupos ergoterapia, prevención cardiovascular, etc.	60 min.	1-2 veces x semana
Trabajo Comunitario / Talleres	Requiere sumar a los tiempos asignados los tiempos de traslado.	60 a 120 min.	1-2 veces x mes
Reunión clínica	Revisión y estudio de casos por los profesionales del equipo incorporando, según necesidad, a otros profesionales	60-120 min.	1-4 veces por mes

Nota: tanto los tiempos terapéuticos como la frecuencia son orientativos.

E INSUMOS DE REPOSICION ANUAL

PARA CONFECCIÓN DE ORTESIS Y ADAPTACIONES	
Termoplástico	
Neopreno	
Velcro	
Neopreno pegamento	
Remaches	
Tubos de PVC de distintas medidas	
PARA TERAPIAS	
Parafina (si tiene esta implementación)	
Compresas frías y calientes	
Bandas elásticas de distinta resistencia	
PARA ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y EDUCACIÓN	
Papel para impresiones	
Tonner	
Lápices de colores	
Plumones	
Papel kraft	

Nota: Las necesidades específicas de cada uno de ellos dependerá de la estrategia instalada. Lo importante es que las actividades terapéuticas no se vean comprometidas por la falta.