

La gestión social en rehabilitación

Un enfoque emergente en salud pública para la fisioterapia

Diana Alexandra Camargo Rojas
Lilia Virginia García-Sánchez
Margin del Socorro Martínez-Matheus
María Fernanda Díaz Muñoz



Colección
Textos de Medicina
y Ciencias de la Salud



Universidad del
Rosario

La gestión social en rehabilitación
Un enfoque emergente en salud pública
para la fisioterapia

La gestión social en rehabilitación. Un enfoque emergente en salud pública para la fisioterapia / Diana Alexandra Camargo Rojas, Lilia Virginia García-Sánchez, Margin del Socorro Martínez Matheus, María Fernanda Díaz Muñoz.
– Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, 2015.

x, 101 páginas. – (Colección Textos de Medicina y Ciencia de la Salud)

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-958-738-631-8 (impreso)

ISBN: 978-958-738-632-5 (digital)

Fisioterapia – Investigaciones / Fisioterapia – Formación profesional – Colombia / Fisioterapia – Historia – Colombia / Salud pública / I. Camargo Rojas, Diana Alexandra / II. García-Sánchez, Lilia Virginia / III. Martínez Matheus, Margin del Socorro / IV. Díaz Muñoz, María Fernanda / V. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud / VI. Serie. / VII. Título

615.82 SCDD 20

Catalogación en la fuente – Universidad del Rosario. Biblioteca

jda

Julio 23 de 2015

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995

La gestión social en rehabilitación

**Un enfoque emergente
en salud pública para
la fisioterapia**

DIANA ALEXANDRA CAMARGO ROJAS

LILIA VIRGINIA GARCÍA-SÁNCHEZ

MARGIN DEL SOCORRO MARTÍNEZ-MATHEUS

MARÍA FERNANDA DÍAZ MUÑOZ



Universidad del
Rosario

Colección Textos de Medicina y Ciencia de la Salud

- © Editorial Universidad del Rosario
- © Universidad del Rosario,
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
- © Varios autores

Editorial Universidad del Rosario
Carrera 7 N° 12B-41, oficina 501 • Teléfono 297 02 00
editorial.urosario.edu.co

Fecha de evaluación: 11 de noviembre de 2013

Fecha de aprobación: 27 de febrero de 2014

Todos los derechos reservados. Esta obra no puede ser reproducida sin el permiso previo por escrito de la Editorial Universidad del Rosario.

Primera edición: Bogotá D.C., septiembre de 2015

ISBN: 978-958-738-631-8 (impreso)

ISBN: 978-958-738-632-5 (digital)

Coordinación editorial: Editorial Universidad del Rosario

Corrección de estilo: Rodrigo Díaz Losada

Diseño de cubierta y diagramación:

Precolombi EU-David Reyes

Impresión: Xpress. Estudio Gráfico y Digital S.A.

Impreso y hecho en Colombia

Printed and made in Colombia

Contenido

Agradecimientos.....	ix
----------------------	----

Introducción.....	1
-------------------	---

ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

De la atención básica a la gestión social	5
---	---

REFERENTES TEÓRICOS QUE FUNDAMENTAN EL ÁREA

El camino hacia la gestión social. La gobernabilidad, la gestión pública y la gobernanza.....	13
--	----

La gestión social en rehabilitación	17
---	----

Articulación de la gestión social con la salud pública	23
--	----

La gestión social en rehabilitación: área de formación	33
--	----

Articulación con el enfoque curricular y el modelo pedagógico del programa de Fisioterapia de la Universidad del Rosario.....	43
--	----

La gestión social como área de investigación: articulación con el grupo de investigación.....	53
--	----

EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES EN EL ÁREA
DE FORMACIÓN EN GESTIÓN SOCIAL

Implementación del programa Municipios Saludables como Polos de Desarrollo Local en Machetá, basada en la experiencia de Versalles (Valle del Cauca): necesidad de un diagnóstico local dirigido a la población con discapacidad	63
<i>Diana Alexandra Camargo con el apoyo de Verónica Chaves</i>	

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN-EXTENSIÓN

Diplomado en “Gestión social para la salud y empoderamiento, desde la RBC”	71
<i>Diana Alexandra Camargo</i> <i>con el apoyo de Yolima Lancheros y Alejandra Velásquez</i>	
Acceso a un programa de condiciones crónicas en un hospital del sector público. Enfoque territorial e intersubjetivo	75
<i>Diana Alexandra Camargo</i> <i>con el apoyo de Letty Quintero, Cindy Palacios y Gina Díaz</i>	
Discapacidad y sexualidad	
Una mirada desde los cuidadores y personas con discapacidad, localidades de Chapinero y Barrios Unidos, Bogotá, Colombia.....	79
<i>Diana Alexandra Camargo</i> <i>con el apoyo de Jeniffer Barrera y Sandra Mancera</i>	

REFLEXIONES

¿Cómo es concebida la rehabilitación basada en comunidad en Colombia?	85
<i>Ivonn Cárdenas y Lorena Carvajal</i>	
Calidad de la atención en salud	
Una mirada a la luz de la justicia social	95
<i>Johanna Camila Casas</i>	

Agradecimientos

Al director del Programa de Fisioterapia, Israel Cruz Velandia, por su orientación y retroalimentación en el proceso.

A los miembros del equipo de Gestión Social en Rehabilitación del Programa de Fisioterapia que, directa o indirectamente, aportaron elementos para la construcción del presente libro: Juanita Indira Sánchez, Marian Lorena Ibarra y Andrés Rojas.

Introducción

A partir del surgimiento formal de la fisioterapia en Colombia hace más de seis décadas, los programas académicos de las diferentes instituciones dedicadas a su enseñanza han realizado esfuerzos por avanzar en la comprensión del objeto de estudio, así como de las áreas de desempeño profesional.

En esta trayectoria, la Universidad del Rosario se ha preocupado por fundamentar, entre otros, el desempeño del fisioterapeuta en el área de salud pública y gestión social, como una respuesta a las necesidades en salud de la población colombiana y en concordancia con las tendencias de formación en el ámbito global.

Es así que el presente libro recoge el trabajo mancomunado de fisioterapeutas de diferentes escuelas con amplia trayectoria profesional y académica en salud pública, que hacen parte del equipo de profesores del Programa de la Universidad del Rosario. Aquí se compilan las reflexiones de este equipo de profesores, que fundamentan, no solo las tendencias conceptuales de la salud pública y la gestión social, sino también de aspectos pedagógicos relacionados con la formación de fisioterapeutas en esta área.

En ese sentido, este libro se constituye en una obra única, que sirve de referencia para el desarrollo y la consolidación del papel que ha de desempeñar el profesional fisioterapeuta en el concierto de los retos que en materia de salud pública demande la sociedad.

Como producto de este proceso pedagógico, al final de la obra se incluyeron experiencias y reflexiones en las que participaron estudiantes en desarrollo de la Práctica o la Prueba de Grado en el área de Gestión Social. Agradecemos especialmente la participación de la profesora Yolima Lancheros y de los estudiantes Verónica Chaves, Alejandra Velásquez, Letty Quintero, Cindy Palacios, Gina Díaz, Jeniffer Barrera, Sandra Mancera,

Ivonn Cárdenas, Lorena Carvajal y Johanna Casas, su participación en la construcción de dichas experiencias, las cuales son muestra de los logros y avances del trabajo colaborativo en los escenarios académicos del Programa de Fisioterapia.

ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

De la atención básica a la gestión social

Estos antecedentes se reconstruyen a partir del documento *Marco de Referencia de los PAC* que se elaboró para la renovación curricular del año 2005 (Universidad del Rosario, 2005), de la revisión del documento de renovación curricular del Programa de Fisioterapia y de las guías de las asignaturas del área de dicho programa.

En el marco de estos antecedentes, vale la pena considerar que previamente a la terminación del convenio entre la Universidad del Rosario y la Escuela Colombiana de Rehabilitación en 1995, el plan de estudios de Fisioterapia ya incluía espacios académicos que contribuían a la formación en Salud Pública y Gestión Social.

Fue así como en 1989 se introdujo una cátedra llamada “Preventiva”, que proporcionaba fundamentos teórico-prácticos para sustentar los planes de prevención y de promoción en Fisioterapia. En 1991 se instauró la cátedra de “Salud Comunitaria” y la “Práctica Comunitaria”, esta última con una intensidad horaria de veinticinco horas semanales que se realizaba en centros de desarrollo comunitario del Distrito. Esta práctica era electiva y se constituía en el espacio propio para la interrelación del futuro profesional con personas de diversas características socioculturales, con el fin de llevar a cabo acciones en conjunto con la comunidad y proponer alternativas de desarrollo social desde la Fisioterapia. Posteriormente, en el año 1992, se incluyó dentro del plan de estudios el seminario de Gerencia en Salud y la Práctica Geriátrica.

En 1996, terminado el convenio entre la Universidad del Rosario y la Escuela Colombiana de Rehabilitación, la Universidad garantizó la culminación de sus estudios a quienes decidieron continuar en ella y paralelamente llevó a cabo una actualización al plan de estudios, con el fin de

que respondiera a la situación de la salud y el bienestar de la población, de acuerdo con la realidad del país en ese momento. Esa actualización se hizo efectiva a partir del primer periodo académico de 1998 para los alumnos matriculados de 1º a 5º semestre (Universidad del Rosario, 2000).

El análisis realizado reflejó una saturación de contenidos asistenciales y una débil fundamentación en las áreas preventiva e investigativa, lo que llevó a la Facultad a liderar una reforma curricular que posibilitara a sus futuros profesionales tener una sólida formación humanista, que junto con un perfil investigativo y de liderazgo, les permitiera proponer proyectos sociales en salud con la fundamentación científica necesaria para profundizar en sus áreas de interés. Aquí se encuentra una clara apuesta del programa de Fisioterapia por fortalecer áreas diferentes a la clínica, en las cuales, a pesar de que no se presenta en forma explícita la gestión social, sí se evidencia su interés por fortalecer la capacidad de sus estudiantes para articular proyectos sociales.

Con esta renovación se realizan cambios en las prácticas, las cuales fueron denominadas programas académicos de campo (PAC). En relación con el área de gestión social se encuentra el PAC *en primer nivel de atención*, como práctica obligatoria que incorpora la inclusión social. Este debía ser cursado por todos los estudiantes de sexto semestre durante dieciocho semanas y estaba constituido por un componente teórico de cinco horas semanales en el que se desarrollaban módulos relacionados con gestación y lactancia, infancia y adolescencia, geriatría y salud comunitaria.

La inclusión de esta práctica tuvo como sustento que dentro de los campos del perfil profesional definidos por la Facultad se encontraba el “Preventivo”. Asimismo, se definió que la formación práctica debía iniciarse justamente con el PAC de primer nivel de atención, pues se identificaba la necesidad de facilitar la adquisición de habilidades a partir de comunidades en niveles primarios para desde allí avanzar a niveles de alta complejidad con programas de profundización en áreas clínicas específicas (Universidad del Rosario, 2002). Por esta razón, se inició la vinculación a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (primaria y secundaria), desarrolladas en convenio con entidades estatales (hospitales de primer nivel del Distrito y centros de desarrollo) en las cuales se trabajaba con grupos poblacionales en la detección y prevención de factores de riesgo que los convirtieran en colectivos considerados “vulnerables”.

Posteriormente, en el año 1999 se realizó una reforma curricular en la cual se implantó un sistema de créditos propio para la Universidad. Con esta reforma se fortaleció la investigación, a través de la creación de tres líneas que empezaron a permear el currículo: “Rehabilitación e integración”, “Ejercicio físico para la salud” y “Salud de los trabajadores”. Alrededor de cada una de estas líneas de investigación se articularon ciclos de profundización compuestos por dos asignaturas teóricas y una práctica. En esta dinámica, el estudiante tenía la opción de elegir un área de profundización que favoreciera la identificación de sus intereses por la formación posgradual desde el pregrado y proporcionara mayores elementos de competitividad frente a su entorno en dichas áreas. Asimismo, a partir de la identificación de intereses compartidos, se constituyó un núcleo común para los programas de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología) en el que se ofertaban las cátedras de Comunidad, Promoción y Prevención, Discapacidad y Sociedad y Gestión de Proyectos, que aportaban elementos para la comprensión de la gestión social.

En esta reforma, el PAC de Primer Nivel de Atención cambió su denominación por Atención Primaria en Salud, atendiendo a lineamientos internacionales. Se ofertaba de forma obligatoria y como la primera práctica cursada por los estudiantes, cuyo objetivo era posibilitar la formación de fisioterapeutas con un alto sentido social, humano y académico, con la capacidad de identificar y controlar factores de riesgo concernientes a su disciplina, que les permitieran desarrollar programas específicos de promoción de salud y prevención de la discapacidad con población vulnerable, basados en los lineamientos vigentes para el Distrito Capital. Se buscaba, mediante la participación activa de la comunidad, recrear estilos de vida saludable a través de acciones de Educación en Salud.

Esta práctica se orientó a impactar las comunidades de la zona de influencia de la Universidad, especialmente las localidades de Santafé-Candelaria y Barrios Unidos, a través de convenios interinstitucionales con entidades de salud, que facilitaran el trabajo intersectorial y en red (Universidad del Rosario, 2001). Por esta razón, su desarrollo continuó en convenio con Empresas Sociales del Estado de I o II nivel de atención. Asimismo, en la práctica se articulaban acciones con otros sectores como Bienestar Social del Distrito.

Con la reforma de 1999 se comenzó a ofertar el PAC de Profundización en rehabilitación e integración social de la persona con discapacidad, que buscaba a partir de la comprensión de la discapacidad y sus problemáticas sociales, entender la rehabilitación como práctica social, para que el estudiante de Fisioterapia fuera capaz de reconocer su participación en proyectos de desarrollo social tanto en el ámbito administrativo local como en el de la administración central del Distrito Capital. De esta manera, se pretendía favorecer el logro de habilidades orientadas a la gestión y su articulación con grupos de trabajo intersectoriales que promovieran el desarrollo de la persona con discapacidad. De igual modo, se esperaba que dentro de los escenarios de práctica previstos, el estudiante pudiera recrear sus intereses investigativos y capitalizar la búsqueda, organización, clasificación y análisis de la información necesaria para el desarrollo de su opción de grado.

Por último, la reforma curricular del año 2005 fortaleció de manera concreta la formación en gestión social, mediante la introducción de asignaturas tanto en el núcleo común de Ciencias de la Rehabilitación como en el ciclo disciplinar profesional. Se estructura y articula el currículo a través de cadenas cognitivas para cada área, que aseguren una construcción de conocimiento coherente a lo largo de todo el ciclo de formación. Es así como en la cadena cognitiva en gestión social se incorporan las asignaturas del núcleo común de Desarrollo Humano, Salud y Sociedad, Discapacidad y Sociedad, Teorías de la Rehabilitación, Comunidad y Educación en Salud y Epidemiología en Rehabilitación, así como el ciclo de profundización en Gestión Social, con sus asignaturas: Desarrollo Social con Participación Ciudadana, Inclusión y Gestión Social y el PAC de profundización. En el ciclo disciplinar profesional están las asignaturas de Sociología de la Fisioterapia, Desempeño del Fisioterapeuta en Promoción y Prevención y el PAC de Promoción y Prevención.

De esta manera, prácticas y asignaturas de la cadena cognitiva con énfasis en gestión social en rehabilitación responden a las políticas internacionales, se sustentan en la Atención Primaria en Salud y en la Promoción de la Salud, así como en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las estrategias planteadas desde la Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales siguen vigentes dentro de las acciones de la salud pública. Estas estrategias se retoman en el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), adoptado mediante el Decreto 3039

del 2007 del Ministerio de la Protección Social, a partir del cual se plantean las líneas para el desarrollo de la política en salud, teniendo en cuenta las prioridades que evidencia la población colombiana.

Con base en el direccionamiento dado desde la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la Ley 1122 del 2007 —con la generación del Plan Nacional de Salud Pública y el Plan de Intervenciones Colectivas— se construye el Plan de Salud del Distrito Capital (PSDC), el cual busca responder efectivamente a las necesidades de la población de las diferentes localidades. A partir del Plan Distrital y los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud, se desarrollan, en el interior del PAC, acciones que responden a las problemáticas que en salud, calidad de vida y movimiento corporal humano presentan las poblaciones locales como respuesta a la propuesta institucional.

Los lineamientos que planteó la Secretaría Distrital de Salud para la ejecución de acciones en salud pública dentro de las Empresas Sociales del Estado, se fundamentaron hasta el año 2011 en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS), la cual buscaba avanzar en la garantía del derecho a la salud, a partir del reconocimiento de los valores y el respeto a la diferencia, así como en la participación, que permitían redimensionar la atención en procesos sectoriales y sociales, a la vez que reconocían territorios sociales, los cuales involucran condiciones geográficas, sociales y humanas. Esta estrategia reconoce, además, la *gestión social integral*, como una herramienta de gestión pública y social que permite la construcción transectorial de respuestas integrales, con el objeto de impactar los determinantes de la salud y calidad de vida (Peñaloza *et al.*, 2012).

En la actualidad, con la reforma al SGSSS en la Ley 1438 del 2011, se plantea la necesidad de implementar la Atención Primaria en Salud (APS), como una estrategia que busca mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer las redes de servicios y la participación social. Esta estrategia fue implementada en Bogotá desde el 2006 con la estrategia de Salud a su Hogar, luego llamada Salud a su Casa. No obstante, como política de Estado, la APS es incluida en el Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016 de la Secretaría Distrital de Salud, y se inicia una prueba piloto en la localidad de Bosa con equipos de respuesta inmediata y complementaria.

Estos cambios fueron incorporados en la Práctica de Promoción y Prevención del Programa de Fisioterapia, así como en las asignaturas de

la Cadena Cognitiva en Gestión Social, con el fin de ampliar los conceptos, elementos y estrategias considerados por la atención primaria en salud, las políticas nacionales y locales.

REFERENTES TEÓRICOS QUE FUNDAMENTAN EL ÁREA

El camino hacia la gestión social. La gobernabilidad, la gestión pública y la gobernanza

Para comprender el concepto de gestión social, es necesario reconocer la forma como el Estado, en sus diferentes formas, interactúa con la sociedad civil y dialoga con los discursos dominantes y hegemónicos en diferentes épocas de la historia. De esta manera, se fortalecen los cambios producidos frente a la concepción del Estado, la universalización de la economía de mercado y la búsqueda de nuevas formas de gestión pública, especialmente de lo social (Medina, 2008).

El concepto de Estado evoluciona desde el feudalismo con la consecuente aparición del Estado moderno propio de los siglos XIV-XV, ante la crisis feudal y la incorporación del liberalismo clásico, hasta llegar a un Estado con un papel regulador del desarrollo que facilitó el surgimiento de los Estados de Bienestar.

Tesis más recientes, inspiradas en los principios de liberalismo clásico, se orientan a la disminución de la intervención del Estado —principalmente en el siglo XX con las políticas de apertura economía y globalización— y privilegian nuevamente el papel del mercado (modelo neoliberal) y generan recomendaciones desde los países centrales hacia los periféricos, en cuanto a la implantación de políticas económicas, que van desde la reforma del Estado hasta la aplicación de medidas de ajuste en la economía de dichos países.

Estas políticas macroeconómicas no han logrado resolver los problemas de desarrollo de los países, lo cual hizo necesario resignificar el papel del Estado, del mercado, de otras formas de economía como la agricultura,

e implicó asimismo la necesidad de priorizar políticas orientadas hacia los “pobres”. Esta transición demandaba la necesidad de analizar y comprender cómo se relacionan las categorías gestión pública, gobernanza y gobernabilidad, con el fin de resolver las problemáticas de desarrollo humano y social, que no lo hacían desde la perspectiva económica.

El papel de la administración pública en la gestión de políticas públicas

Para comprender por qué se habla de gestión social, es necesario reconocer sus orígenes en la gestión pública y entender que la gerencia de lo “público” ha sido el soporte administrativo que hace caso omiso al sistema de poder presente en el sistema político, y presupone una manera de comprender el comportamiento de “las estructuras y organizaciones hacia el logro de fines determinados, con la selección de los medios más adecuados; de esta manera se le da vigencia al paradigma tecnocrático de la gestión pública” (Medina, 2008).

Esta manera de ver la administración pública, y la gerencia pública como la gestión eficiente de las instituciones, nace de las teorías clásicas de la administración, que pretenden organizar las respuestas de las instituciones para garantizar el logro de objetivos determinados. No obstante, la mirada desarrollista, en la cual el crecimiento económico y la eficiencia de los sistemas es la prioridad de los países, no resulta suficiente para resolver las problemáticas presentes en las poblaciones, por lo que es necesario invertir en el ser humano, en su salud, en su educación, en su desarrollo y calidad de vida. Es así como se logra el paso de la comprensión de lo social como medio, hacia lo social como fin, para dejar a un lado la generosidad asistencial y caritativa de las instituciones, “una especie de bálsamo tranquilizador para las conciencias capitalistas, en la que el área social se ha convertido en fundamental para las propias actividades económicas” (Dowbor, 2003, p. 119).

Toma fuerza la gestión social, la cual, más allá de la gestión pública (eficiencia de las instituciones), reconoce tanto la racionalidad técnica dada por los elementos de la administración, como la racionalidad política de los sistemas políticos, que otorga importancia a la concertación y a la negociación, elementos que se articulan en función de unos intereses y objetivos determinados de los grupos dirigentes (gobierno y sociedad civil). Sin embargo, como lo plantean gobiernos actuales denominados *alternativos* o *socialistas*

centro-izquierda, se deben lograr mayores niveles de participación social, que se articulen con la identificación de necesidades, con la construcción de respuestas y con la definición de mecanismos para el desarrollo adecuado de la gestión (Medina, 2008; Secretaría Distrital de Salud, 2006).

La gobernanza va más allá de la gobernabilidad, pues está relacionada con la capacidad de gobernar y con el mecanismo de mando de un sistema social (Medina, 2008); es entendida como la interdependencia o asociación entre actores sociales y gubernamentales, como la condición sin la cual no es posible que haya dirección de la sociedad. Surge por la imposibilidad del gobierno para cumplir las metas de bienestar y la necesidad del aporte social: “crear interdependencia más que dependencia, coordinar más que subordinar, construir puentes más que pirámides” (Aguilar, 2006).

Gestión social: conceptualicemos

La gestión social se puede entender de dos formas: como un conjunto de acciones emprendidas por la administración pública y/o la institucionalidad interactuantes, que se formula como propósito para hacer efectiva la acción gubernamental y la ejecución de la política pública, con algún nivel de participación comunitaria, y haciendo énfasis en la acción protagónica y autónoma de la comunidad en las relaciones con el Estado y las instituciones, en la búsqueda de hacer efectivos los derechos de los sujetos y las colectividades, al propiciar el mejoramiento de las condiciones de vida social (Medina, 2008).

La gestión social integral como estrategia

En Latinoamérica, los países miembros de la OMS han asumido la implementación de estas estrategias dentro de sus planes y programas de gobierno, así como en la legislación, con el fin de lograr el desarrollo de las poblaciones y el desarrollo social de las naciones. No obstante, los lineamientos propuestos se han revisado críticamente, de acuerdo con la especificidad de los contextos, lo cual genera movimientos sociales que proponen estrategias para impactar positivamente la satisfacción de las necesidades de las poblaciones. Es así como surge la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVYS), la cual reconoce la salud desde una perspectiva amplia, retoma el concepto de la determinación —el cual va más allá de la suma de factores biológicos, sociales y psicológicos— y trata de compren-

der las interacciones entre diferentes elementos que no necesariamente se explican desde líneas de causalidad. De esta manera, involucra a diferentes actores y sectores en el proceso de salud de las poblaciones, e invita a todos los ciudadanos a construir las respuestas a los problemas de salud y calidad de forma integral, “al consolidar procesos en los que la voz de todos y todas es reconocida” (Secretaría Distrital de Salud, 2006). Esta estrategia ha sido implementada en países como Brasil, Venezuela y Colombia (específicamente en el Distrito Capital).

La EPCVYS establece tres componentes para su implementación: la lectura de necesidades, la construcción de respuestas integrales y la gestión social. No obstante, al revisar los conceptos de gestión social y gestión pública, se encuentra que la gestión social es un proceso que requiere el diagnóstico y el diseño de respuesta, que involucre a la población y a los diferentes sectores, con el fin de incidir en la elaboración de las agendas sociales, y por lo tanto en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas.

En Bogotá, específicamente en las Secretarías de Salud e Integración Social, se implementa la estrategia de Gestión Social Integral, la cual guarda coherencia con la estrategia promocional y con los conceptos desarrollados a nivel internacional, a partir de los cuales se genera un nuevo concepto de gestión social, más allá del conjunto de acciones institucionales, hacia un conjunto de acciones dirigidas a la construcción transectorial de la esfera pública, en la búsqueda del desarrollo de la autonomía y la equidad en calidad de vida entre grupos. Esto requiere la articulación entre los actores sociales, donde el Estado cumple un papel fundamental como ente rector (Mogollón *et al.*, 2009).

La gestión social en rehabilitación

La gestión social ha sido asumida por el grupo de investigación Ciencias de la Rehabilitación como un proceso de acciones y toma de decisiones que es preciso recorrer desde el abordaje de un problema, su estudio y comprensión, hasta el diseño y la implementación de propuestas acordes con las realidades de los contextos (Cruz *et al.*, 2009). Dicho proceso requiere el aprendizaje continuo y en conjunto de los grupos sociales, de manera tal que les permita tener una incidencia política; en definitiva, la gestión social es una estrategia política que articula a la sociedad civil con el Estado y con las instituciones, para la transformación de realidades.

Es claro que la gestión social sobrepasa la gestión pública —basada en el enfoque clásico de la administración—, en busca de la integración de sectores y la articulación de diferentes disciplinas. Es por esto que se hace necesaria la implementación de un enfoque transdisciplinar, que permita que los objetos y las metodologías de las disciplinas dialoguen y se transformen hacia objetivos comunes relacionados con los derechos humanos, la justicia social, el desarrollo humano y social, así como la calidad de vida de los sujetos y de las poblaciones.

De esta manera, es importante resaltar que la gestión social requiere procesos altamente técnicos, en los cuales los profesionales de las ciencias sociales, humanas y de la vida deben definir claramente su objeto de estudio y la manera como pueden trabajar de manera conjunta con otras disciplinas. Es por esto que es necesario definir los alcances de la praxis profesional del fisioterapeuta, a la vez que se permite la dialéctica entre los saberes popular y científico, entre ciencias, disciplinas y profesiones, en pro de solucionar las problemáticas de las poblaciones, desde sus necesidades, capacidades y oportunidades.

Desde esta premisa, los profesionales en formación deben reconocer la importancia y la relevancia que tiene el cumplimiento de los derechos humanos, como un marco de acción profesional, lo que conlleva la pregunta por la participación de los profesionales en las problemáticas sociales, políticas y económicas, que permite a su vez orientar la finalidad de las disciplinas hacia la contribución de los profesionales en el desarrollo humano de las poblaciones y el desarrollo social del país.

Pero, ¿cómo dialogan con la gestión social las disciplinas del campo de la rehabilitación? Para dar respuesta a esta pregunta es necesario que el objeto de estudio de estas disciplinas y la rehabilitación como concepto se configuren alrededor de los elementos de la gestión social.

La rehabilitación: un concepto en evolución

La rehabilitación ha sido entendida por algunos como medio y por otros como fin, esto conlleva que se entienda como un proceso, un objetivo o una acción concreta de restauración. La Ley 1145 la entiende como un conjunto de medidas encaminadas al logro de la máxima autonomía personal y al desarrollo de competencias sociales y culturales de las personas *con y en situación de discapacidad* (Congreso de la República, 2007), concepto claramente relacionado con la discapacidad.

De igual manera, la OMS plantea que la rehabilitación de las personas con discapacidad, es un proceso encaminado a alcanzar y mantener sus niveles óptimos de funcionamiento físico, sensorial, intelectual, psicológico y social: “La Rehabilitación ofrece herramientas necesarias para alcanzar la independencia y la autodeterminación” (OMS, 2010).

Esto lleva a pensar que la rehabilitación es un elemento que se desarrolla de manera paralela con la discapacidad, la cual ha evolucionado en el tiempo de acuerdo con los momentos sociohistóricos de las naciones, así como con los cambios que se han dado en las intervenciones planteadas para su manejo. Es por esto que la discapacidad presenta una evolución desde enfoques biologists y biomédicos hacia enfoques sociales, de derechos y de justicia social, que requieren profesionales de la rehabilitación con una mirada distinta hacia las problemáticas sociales, en los que como sujetos políticos dialogan de manera diferente con las realidades y reconstruyen su objeto de estudio.

La rehabilitación ha evolucionado hacia un concepto relacionado con el “repertorio de oportunidades para que la persona pueda alcanzar su máximo potencial” (Sallys, 2006), el cual define que este proceso es activo, dinámico y continuo, relacionado con aspectos físicos, psicológicos y sociales. Un proceso cíclico que ayuda a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas.

De la misma forma, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (s.f.) plantea que la rehabilitación hace referencia a:

Todas las medidas que tienen como objeto disminuir el efecto de la discapacidad en las personas y lograr su integración social [...] su objetivo no es solo entrenamiento de las personas para adaptarse al medio sino, integración en el ambiente inmediato y en el conjunto de la sociedad.

Sin embargo, más allá de integración social, el objetivo de la rehabilitación es la inclusión social de los sujetos y su plena participación en la sociedad. Es así como la gestión social comienza a ser fundamental en el proceso de rehabilitación, el cual busca la autonomía de los sujetos y su máximo potencial, más allá de la recuperación de daños. De esta manera, la gestión social, a partir de la construcción de respuestas transectoriales desde la esfera pública, busca el desarrollo de la autonomía y la equidad entre grupos poblacionales, con la construcción de sujetos capaces de establecer relaciones más armónicas entre los intereses individuales y los colectivos a partir de la participación social (Mogollón *et al.*, 2009).

Gestión social en fisioterapia

Para la fisioterapia, el desarrollo humano se constituye en el desenlace de su intervención, como una de las finalidades del movimiento, en búsqueda de la expansión de las libertades y el desarrollo de las capacidades del sujeto (Sen, 2000; Nussbaum, 2007). Su objeto de estudio se amplía e incorpora elementos de las ciencias sociales, que permiten la comprensión de la realidad de los sujetos, para trascender al estudio exclusivo de elementos funcionalistas del movimiento y por tanto del papel de la fisioterapia en el cuidado de esa capacidad y en la atención a la desviación de los patrones de normalidad, hacia una fisioterapia centrada en aproximar los elementos

sociales y en definir que la actuación fisioterapéutica trasciende el control de la alteración funcional y biológica del movimiento corporal (Prieto y Naranjo, 2005).

El cuerpo es concebido no solo como un vehículo, sino que constituye el principal modo de percepción y expresión del hombre. La expresión corporal permite proyectar la esencia creadora del cuerpo, la interpretación que se tiene del cuerpo como estructura viva en la cual se desarrolla una auto-eco-organización; es decir, es un sistema vivo autónomo que tiene mecanismos de regulación que le posibilitan, a partir de una interacción genofenotípica, integrar la información de la especie y de la vida; en otras palabras, es una estructura viva, histórica y autorreferencial (Prieto y Naranjo, 2005).

Esta concepción del cuerpo como un vehículo de expresión y percepción del hombre, el cual a su vez le permite al sujeto generar procesos de autorreconocimiento, también fue estudiada por Marx en el siglo XIX, quien “originó la discusión en torno al cuerpo como producto social, fruto de sus condiciones materiales de existencia y de las relaciones sociales de producción” (Barrera, 2011). Marx ubica el cuerpo en una realidad que es descrita en términos de su contexto histórico-social y del mundo del hombre, como una estructura dialéctica que permite al hombre producirse a sí mismo, como un hecho autogenerador.

El cuerpo se reconstruye a partir de las experiencias del sujeto en una realidad cambiante e histórica que permite generar un diálogo entre lo que reconoce, piensa y vive el sujeto, con un entorno que le proporciona elementos para redefinirse y producirse a sí mismo. Desde esta perspectiva, comprendido que el ser humano es histórico y que el cuerpo es un medio de expresión y de interacción, pero que también es afectado por la sociedad, las acciones que se desarrollan desde la gestión social recobran importancia, en la medida en que dentro de las lecturas de necesidades que se hacen en una situación específica, deben contemplarse las afectaciones y la influencia que el entorno, la historia, los determinantes estructurales, el modelo económico y las formas de producción implican en la comprensión del cuerpo, entendido por Marx como motor de producción.

No obstante, a partir de esta comprensión del cuerpo como medio de producción para mantener un modelo económico capitalista, se encuentran la compresión de la subjetividad del cuerpo, el habitus, en la que el cuerpo

habla de las condiciones de trabajo, los hábitos de consumo, la clase social y la cultura del sujeto. El cuerpo es pues como un texto en el cual se inscriben las relaciones sociales de producción y dominación. Tendría entonces, un carácter históricamente determinado, podría decirse que la historia del cuerpo humano es la historia de su dominación.

Estas ideas son presentadas en el trabajo de Pierre Bourdieu, en el cual el cuerpo humano es considerado o leído como un producto social y, por tanto, irrumpido por la cultura, por relaciones de poder, las relaciones de dominación y de clase (Bourdieu, 1999). Ello hace necesario plantear una noción del cuerpo de quienes “dominan” y una noción del cuerpo de quienes son “dominados”. Es posible elucidar que el concepto de dominación no es solo entendido en un sentido material y concreto, sino también en un sentido simbólico, en tanto un grupo social es capaz de crear sentido y articular y sostener el consenso de esa dominación (Barrera, 2011).

Estos elementos conceptuales alrededor del movimiento y del cuerpo permiten al fisioterapeuta ampliar su mirada frente al estudio y comprensión del movimiento corporal humano como objeto-sujeto de estudio, lo que requiere otras formas de acercarse al conocimiento y a la realidad, e implica un enfoque epistemológico distinto. A partir de esto, las intervenciones y metodologías que implementa el fisioterapeuta no pueden quedarse únicamente en el funcionalismo del cuerpo, en la mirada individual y objetiva del sujeto, con un alto componente biológico, pero además un alto componente causal. Requiere por lo tanto la implementación de acciones que comprendan al ser social y político, a las relaciones que se dan entre el sujeto y la realidad, la posición que ocupan los sujetos y las intersubjetividades dadas en contextos específicos.

Es por esto que bajo esta noción del desarrollo humano y el cuerpo-movimiento, como un objeto-sujeto de estudio, el desempeño profesional del fisioterapeuta implica reconocer las capacidades de los sujetos, “con el propósito de contribuir a su funcionamiento y autonomía y a estimular el mejor uso de los recursos de que dispone cada persona en función de su proyecto de vida. Es decir, favorecer la capacidad del individuo para tomar decisiones con buen criterio, que le permitan asumir las consecuencias derivadas de éstas” (Universidad del Rosario, 2013).

Con respecto a lo anterior, es importante mencionar que en el desarrollo de la fisioterapia en Colombia, inicia una reflexión en los años noventa:

... en la que se establece que su campo de interacción sobrepasa al individuo y llega a la comunidad; se reconoce que el movimiento trasciende el aspecto biológico funcional y afecta la dimensión social y cultural, al ser potencializador de la adaptación al medio, y mecanismo de expresión y socialización. Por tanto, su estudio no podría seguir enmarcado en el aspecto estrictamente funcional adaptativo. (Congreso de Colombia, 1999)

Esto permite evidenciar la necesidad de una mirada integral del objeto de estudio, que incluya al cuerpo y al movimiento como medios y fines para el desarrollo humano de los sujetos y el desarrollo social de las poblaciones, a partir de la adquisición de herramientas que proporcionen autonomía y empoderamiento en los sujetos de atención, para la participación activa y con incidencia política en la sociedad. Estos elementos son los que, a partir de la gestión social, se espera desarrollar desde la intervención fisioterapéutica.

Por último, no se pueden olvidar las diferentes teorías y modelos que se han desarrollado en la historia, relacionados con la comprensión del movimiento corporal y de la fisioterapia. Es por esto que desde las propuestas de Ling (1834) hasta Wikström-Grotell y Eriksson (2012), la comprensión de la fisioterapia y el movimiento corporal requiere diferentes miradas, que no solo involucren la salud física y el funcionamiento, sino que además incluyan el contexto y las condiciones sociales. Es así como desde el equipo autodirigido de gestión social en rehabilitación, la teoría de movimiento continuo propuesta por Cotts *et al.* (1995) y la propuesta planteada por Wikström-Grotell y Eriksson (2012) constituyen los fundamentos teóricos y prácticos para la intervención desde la gestión (Universidad del Rosario, 2013).

Articulación de la gestión social con la salud pública

Para comprender las relaciones entre salud pública y gestión social, es necesario retomar el concepto de salud pública como “saber, como práctica y como situación colectiva de bienestar” (Universidad Nacional de Colombia, 2003). Como saber, es un conjunto de conocimientos históricamente contruidos sobre la salud en sus dimensiones colectiva y social. Por otra parte, la salud pública es una práctica científica multidisciplinaria en permanente construcción, emprendida por la sociedad, el Estado y las personas, para crear y mantener en una sociedad determinada, las condiciones legales, económicas, políticas, culturales y ambientales necesarias para hacer posible y garantizar de manera estable *el bienestar de las personas y de los diferentes colectivos* en los cuales se organiza dicha sociedad. De esta manera, el saber y la práctica se conciben como un medio para lograr la situación colectiva de bienestar.

La salud pública, como práctica, ha integrado diferentes ciencias y disciplinas, que plantean líneas de acción y estrategias que permiten lograr la salud de los colectivos, al definir el papel y la responsabilidad de los sectores y actores involucrados. Es por esto que la salud pública no implica únicamente las acciones con el colectivo, incluye también las intervenciones con los individuos, y estas involucran acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y restauración de daños y rehabilitación.

Adicionalmente, con los desarrollos de la salud pública en el siglo xx, se incorporaron en su conceptualización otros elementos que son fundamentales para el estudio, comprensión y manejo de la salud de las poblaciones. Uno de los elementos es considerar la salud como un derecho del hombre

bajo la responsabilidad política de los gobiernos, que reconoce su determinación intersectorial y la participación de los sujetos. Esta propuesta fue impulsada desde la Declaración de Alma Ata de 1978, la cual estableció la Atención Primaria de Salud como estrategia privilegiada de operacionalización de las metas de SPT-2000, que incorpora implícitamente elementos del discurso de la salud comunitaria.

En 1986 se incluye dentro de la salud pública un elemento fundamental para su práctica: la *promoción de la salud*, estrategia declarada política internacional, que permitiría dar a los pueblos las condiciones necesarias para ejercer poder sobre su salud y que considera este resultado de un conjunto de líneas acción que requieren otros actores, incluida la comunidad y la sociedad civil. Desde esta perspectiva, líneas de acción como la implementación de política pública, los entornos saludables, el desarrollo de habilidades y destrezas, el fortalecimiento de la organización comunitaria y la reorientación de servicios, se constituyen en acciones que es preciso desarrollar desde la gestión social, que reconocen como fin último la autonomía y el empoderamiento de los sujetos, quienes participan en el planteamiento de propuestas y soluciones de situaciones específicas de la población que afectan su salud y calidad de vida.

A partir de esto y de los conceptos que en salud pública evolucionaron desde la Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009, p. 5), se plantea el concepto de salud pública desde sus funciones esenciales como:

Acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a y la calidad de la atención de salud. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria.

La salud pública convencional miró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva, mientras que la salud pública alternativa requiere mirar cómo los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir y al mismo tiempo

construyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos. Emerge en la actualidad el término de *salud colectiva*, que se define como “una profunda vocación de transformar nuestra acción en un quehacer humano profundamente comprometido con la vida y el cuidado de la enfermedad en las poblaciones” (Winslow, 1920).

El Estado colombiano y la salud pública

El surgimiento y consolidación de la salud pública en Colombia inicia con la influencia del movimiento higienista norteamericano, el cual tuvo impacto en América Latina durante la segunda mitad del siglo XIX y primera mitad del siglo XX.

En Colombia, la influencia de Estados Unidos marcó los lineamientos de la formación de la Junta Central de Higiene, la cual se encargó del manejo de aspectos de higiene pública y algunos de la higiene privada, relacionados con la instrucción pública. La Junta era de carácter consultivo, aunque emitía reglamentación de forzoso cumplimiento (Quevedo, 2004). De esta manera, las acciones de higiene pública se centraron en un modelo preventivista y sanitarista enfocado en las cuarentenas. Después siguió la consolidación del cuerpo médico, orientado por la escuela francesa hacia el manejo de las enfermedades infecciosas a partir de la teoría microbiana.

El nuevo modelo, denominado “bacteriologización de la higiene”, junto con el nacimiento de una nueva epidemiología y de la medicina tropical, así como las condiciones socioeconómicas y culturales del siglo XX, permitieron el nacimiento y la institucionalización de la nueva salud pública.

A partir de 1918, mediante la Ley 32 se creó la Dirección Nacional de Higiene, la cual estuvo a cargo de las campañas de prevención de las enfermedades de la época. No obstante, para consolidar la salud pública, a mediados del siglo XX se creó el Ministerio de Higiene como un ente autónomo con una estructura renovada que amplió la organización del sector salud en Colombia. A partir de 1973, a través de los decretos 065 y 350, se creó el Sistema Nacional de Salud, el cual permaneció vigente hasta el año 1993, y posteriormente en ese año se creó el Sistema General de Seguridad Social.

En Colombia, la salud pública está reglamentada desde la Ley 9ª de 1979, denominada Código Sanitario Nacional, la cual dicta las medidas sanitarias para la protección de la salud de los colectivos. Estas acciones se retoman en la Constitución Política de 1991, en el marco de los derechos

sociales económicos y culturales, en particular el derecho a la seguridad social (Arts. 48 y 49). Es así como la salud pública fue comprendida en nuestro contexto colombiano como las acciones colectivas que incluían procesos promocionales y preventivos, y no involucraba procesos asistenciales ni de prestación de servicios, relacionados con la calidad y la organización. Asimismo, no estableció claramente las acciones de participación social y fortalecimiento de la acción comunitaria que podían desarrollarse desde la salud pública.

A partir de la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, comprendido como un conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan. Este sistema incluye los sistemas generales de pensiones, seguridad social en salud y riesgos profesionales.

Desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se plantean las intervenciones hacia el colectivo dentro de los planes de beneficios, específicamente el Plan de Atención Básica (PAB), actualmente Plan de Intervención Colectiva (PIC). No obstante, como complemento de la Ley 100, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 412 del 2000 (Ministerio de Salud, 2000), la cual se encarga de establecer las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como la atención de enfermedades de interés en salud pública. De esta manera, se direccionan las intervenciones en salud pública con énfasis en la prevención. Esta reglamentación se complementa con las Guías de Promoción y Prevención, las cuales contienen los procedimientos que es preciso realizar en promoción y prevención, a partir de las etapas del ciclo vital y las enfermedades y problemáticas de interés (Camargo y Rodríguez, 2009).

Por otro lado, en esta época el Estado colombiano asume el compromiso de incorporar dentro de planes y programas las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como los conceptos y funciones de salud pública propuestos por organismos internacionales como la ONU y la OMS.

Posteriormente, en el 2007 se definen las acciones específicas de salud pública en la Ley 1122, la cual da los lineamientos generales para la construcción del Plan Nacional de Salud Pública, reglamentado a través del Decreto 3039 de 2007, el cual establece que el mencionado plan tiene el propósito de:

definir una política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales. (Ministerio de la Protección social, 2007, p. 1)

Estas acciones exigen desde la fisioterapia, intervenciones orientadas no únicamente a los procedimientos asistenciales, que fueron de cierta forma definidos en los planes de beneficios desde la Ley 100 de 1993, sino a procesos y procedimientos promocionales, preventivos, de gestión y participación social, que aseguren la intersectorialidad y el trabajo organizado de las comunidades.

Posteriormente, en el 2011, dadas las limitaciones y problemáticas que presentaba el sistema de salud, se generó una nueva reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la Ley 1438, la cual tiene como objeto el fortalecimiento de la prestación del servicio público en salud, que en el marco de la Atención Primaria en Salud permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, en el que el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (Congreso de la República, 2011).

Con esta reforma (Ley 1438) se reconoce de igual manera la importancia de las acciones coordinadas y sostenibles en el tiempo, para lo cual y en concordancia con lo establecido en la Ley 52 de 1994, se plantea la necesidad de crear el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, desde una

perspectiva intersectorial y con una amplia base de participación social y comunitaria (Congreso de la República, 2011).

El PDSP, a la fecha en construcción, cuenta con un proceso de concertación nacional liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social que contiene una fase de amplia participación social e institucional, la cual ubica a la salud pública como un asunto de todos. Para abordar los aspectos locales y regionales se crea la Unión Temporal Unidecenal (Convenio 144 de 2012), la cual cuenta con el liderazgo de reconocidas universidades del sector público,¹ encargadas de apoyar la construcción, formulación y socialización del PDSP en diferentes regiones y municipios del país.

Del trabajo desarrollado por Unidecenal y a través de más de 150 encuentros zonales programados, se espera contar con importantes insumos que no solo permitan la construcción del PDSP 2012-2021, sino que también posibiliten la construcción de un marco estratégico nacional que oriente y guíe la definición de los planes territoriales de salud pública.

La experiencia de la salud pública en el Distrito

Para el programa de Fisioterapia, y específicamente para el área de Gestión Social en Rehabilitación, es fundamental entender cuál ha sido la experiencia del Distrito en el marco de la salud de los colectivos, por las acciones desarrolladas en los hospitales de la red pública, los cuales han implementado acciones desde la salud pública, el enfoque promocional de calidad de vida y salud y la Gestión Social Integral como estrategia.

Los enfoques de salud abordados en Bogotá D. C. han intentado responder a los requerimientos y llamados tanto nacionales como internacionales presentados anteriormente. El logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y el abordaje de los problemas de salud del Distrito desde la APS han sido ejes comunes en los últimos planes de gobierno distrital. La APS y la APS renovada aparecen en el Distrito Capital como propuestas para llegar a los lugares de trabajo o residencia de los grupos vulnerables, tal como se propone en Alma-Ata.

¹ Unidecenal está conformada por las universidades Nacional de Colombia, Antioquia, Valle e Industrial de Santander.

En el año 2004, el Plan de Salud Distrital integró la APS a una estrategia distrital denominada “Salud a su Hogar”, la cual planteaba la necesidad de establecer zonas/barrios de riesgo, a los cuales se atendería de manera prioritaria a través de equipos de medicina familiar creados con el fin de identificar necesidades y riesgos familiares, así como de canalizar los recursos para obtener respuesta a las problemáticas específicas. La promoción, prevención y gestión integral de riesgos, aparecieron entonces en los territorios de Bogotá para intentar responder, no solo a los problemas de enfermedad con la intervención de los hospitales de primer nivel a través del PIC, sino también en favor de la movilización intersectorial para redireccionar la atención o respuesta necesaria a los problemas identificados como situaciones de riesgo.

Al mismo tiempo, este sistema distrital de salud, basado en la promoción de la salud y la renovación de la atención primaria, busca garantizar un acceso equitativo a los servicios básicos, cercanía a la gente, intersectorialidad y participación, así como complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social.

El reto o meta actual del modelo de salud territorial es lograr la disminución de brechas e inequidades y fomentar el desarrollo humano, a través de diferentes estrategias como lo son la APS y la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS).

La posibilidad de implementar o fortalecer la APS dentro del modelo de salud, tal como esta estrategia se propone, conlleva entre otros aspectos relevantes los siguientes: conocimiento de las necesidades y expectativas de la población; énfasis en promoción de la salud, y por ende fortalecimiento de trabajo intersectorial para afectar los determinantes de la salud; participación social; prevención de la enfermedad para trascender el enfoque curativo; organización de servicios de acuerdo a necesidades; acceso y desarrollo de atributos de la calidad en los servicios de salud; fortalecimiento del talento humano; sistemas de referencia y contrarreferencia; sistema único de información que permita dar cuenta de las necesidades y respuestas entregadas a la persona y su familia.

En el marco del actual sistema de salud colombiano, la reforma a la Ley 100 de 1993 por la reciente Ley 1438, ofrece un panorama en apariencia favorable para la APS y el modelo de atención en salud, entendido este

como el conjunto de respuestas sociales a las necesidades de la población, y dentro de estas el derecho a la asistencia sanitaria desempeña un papel preponderante y fundamental para la prestación de servicios de salud individuales y colectivos.

En la operación, esta propuesta amerita el fortalecimiento del recurso humano, la reorganización de la prestación bajo la estructura de red integral de servicios de salud, que contemple la continuidad de la atención con énfasis en aspectos de salud pública, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que ofrezcan diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Soportado todo lo anterior en un sistema de referencia y contrarreferencia sólido. De esta manera, se espera que las personas que requieren prestación de servicios de salud cuenten con la garantía de respuestas sectoriales inscritas dentro un continuo articulado.

Bogotá cuenta hoy con una propuesta de organización de redes integrales de servicios de salud, que se constituye en la posibilidad de desarrollar un modelo de atención cuyo centro son las personas, la familia y la comunidad, basado en la estrategia de APS. Esta estructura debe satisfacer las necesidades y expectativas en salud de la población, mejorar el acceso a los servicios de atención en salud en los diferentes niveles de complejidad, mejorar la calidad en la atención en salud, modificar favorablemente resultados en salud y en calidad de vida, generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y garantizar el conjunto de prestaciones coordinadas de servicios integrales para la población del Distrito.

En este orden de ideas, el abordaje del tema de salud propuesto en los últimos planes de gobierno coincide en la integración progresiva de enfoques poblacionales, de promoción de calidad de vida, APS, *gestión social* y perspectiva de derechos, entre otros, para garantizar el derecho a la salud de los más vulnerables desde un modelo de atención integral en los territorios.

Otro elemento fundamental de la experiencia del Distrito es reconocer el enfoque de derechos en el marco de las políticas públicas. Es así como el Distrito Capital ha orientado sus acciones hacia la protección y garantía a la salud, al presentarla como un derecho que reafirma el deber de establecer políticas específicas que respondan a los requerimientos concretos de los diferentes grupos poblacionales.

Desde esta perspectiva, la propuesta de formular políticas públicas específicas y diferenciales con base en el análisis de los derechos humanos

(fundamentales o complementarios), tiene como fin impactar positivamente los indicadores de salud y desarrollo comunitarios, puesto que desde la participación activa de sectores y comunidades propone implementar acciones clave que respondan a las necesidades concretas de grupos poblacionales que velen por el respeto y garantía al derecho a la salud.

Esto se refleja en los planes de desarrollo de Bogotá (especialmente en los últimos años), mediante los cuales se promueve la formulación, orientación y socialización de políticas públicas saludables:

Una política pública saludable contiene un enfoque integral que promueve la salud a partir de la protección de los derechos ciudadanos y la promoción del desarrollo de las capacidades sociales; de esta forma integral desarrollo y bienestar en dinámicas de acción participativa desde lo general hasta lo local, con definición de roles y responsabilidades claras a todos los actores y sectores de la comunidad. (Rodríguez y Díaz, 2009)

El sistema de salud distrital y los objetivos o metas propuestas dentro de los planes territoriales de salud en Bogotá cuentan en la actualidad con el respaldo de unas políticas públicas que favorecen su desarrollo, en pro del mejoramiento de las condiciones de vida de la población, especialmente en aquellas grupos que por sus características se consideran más vulnerables y en los que generalmente se reflejan condiciones de exclusión e inequidad: mujeres, niños/as, grupos étnicos, grupos LGBT, en situación de desplazamiento o condición de discapacidad.

Bogotá cuenta hoy con catorce políticas públicas que ratifican el compromiso por parte del gobierno distrital con la protección específica de la diversidad y la vulnerabilidad. Sin embargo, para el equipo de profesores del área de Gestión Social en Rehabilitación, el enfoque de derechos y de desarrollo humano orienta nuevas discusiones que emergen de la visión poblacional adoptada hasta el momento. Si bien es cierto que las políticas públicas atienden temas determinados para cada tipo de comunidad que por su configuración es merecedora de especial interés, también es cierto que los seres humanos, con independencia de su raza, género o ciclo vital, tienen diversidad de ideales y necesidades que no necesariamente son iguales a las de su grupo de referencia, con lo cual se debería atender desde

un enfoque más multidimensional a sus expectativas, para finalmente proporcionar el entorno posibilitador de desarrollo y bienestar tan anhelado (García-Ruiz *et al.*, 2010).

Desde esta perspectiva, los postulados de Amartya Sen, Manfred Max-Neef y Martha Nussbaum recuerdan que a pesar de las evidentes condiciones diferenciales que puedan existir entre diversos grupos poblacionales, también existen ciertas condiciones semejantes entre las poblaciones a las cuales se debe brindar atención homogénea. Un claro ejemplo son las necesidades específicas de la población joven, adulta o mayor, con independencia de que sean indígenas, trabajadores o desplazados (García-Ruiz *et al.*, 2010).

El trabajo titulado *El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas* invita a comprender las políticas públicas desde un enfoque poblacional “que facilite la comprensión compleja y universal de las personas y que se aleje de las propuestas focalizadoras de las políticas sin perder dentro de ellas las diferencias y las diversidades” (García-Ruiz *et al.*, 2010, p. 138).

Esto es reconocer la diversidad de la población mediante políticas centradas en el individuo y sus características específicas, en concordancia “con su etapa del ciclo de vida-generación, procesos de identidad-diversidad (etnia, sexo, orientación sexual, género y diversidad de género) y en condiciones y situaciones particulares (discapacidad o desplazamiento), en los contextos social, cultural, económico y político” (García-Ruiz *et al.*, 2010, p. 133).

A manera de conclusión, podría decirse que el enfoque territorial y poblacional del plan de salud distrital actual permite que, de manera articulada al reconocimiento de la diversidad aportado por las políticas poblacionales existentes, se desarrolle un proceso de reconocimiento del ser humano como actor vivencial de un territorio el cual requiere atención específica para garantizar el desarrollo de sus capacidades, el logro de sus ideales y la consecución de su bienestar como un ser único, partícipe de la sociedad.

La gestión social en rehabilitación: área de formación

La gestión social en rehabilitación como área de formación busca en el estudiante el desarrollo de competencias para el diseño, la implementación y la evaluación de programas y proyectos de investigación y de desarrollo que impacten positivamente los determinantes de la salud en las diferentes poblaciones. Su marco conceptual y metodológico se fundamenta en las políticas públicas, los derechos humanos y las acciones de base comunitaria que permitan el desarrollo de la ciudadanía y la inclusión social. En términos generales, la gestión social como estrategia consiste en un conjunto de acciones y toma de decisiones que involucran el estudio, la comprensión y el planteamiento del problema, hasta el diseño de propuestas y proyectos que busquen el desarrollo social y humano de las poblaciones, que favorezcan el empoderamiento y la participación social.

De esta manera, el propósito de las acciones (o la formación) de un (una) fisioterapeuta dentro de la gestión social, que hace énfasis en el desarrollo de la autonomía y el empoderamiento de los sujetos, así como en el fomento de la participación social, requiere profesionales con capacidades y competencias para:

- Comprender que los sujetos son seres que se reconstruyen a sí mismos, que se posicionan e interactúan con condiciones que van más allá de su individualidad.
- Comprender las problemáticas sociales, económicas y políticas del entorno donde vive, estudia, trabaja y se relaciona, y actuar

respecto a ellas como un ente articulador que favorezca un diálogo bidireccional entre actores gubernamentales y sociales.

- Reconocer que el movimiento corporal humano como objeto de estudio y como medio de relación con el entorno, es un concepto dinámico que permite a hombres y mujeres percibir, entender y adaptarse a contextos cambiantes, determinados en gran medida por políticas públicas que estructuran los entornos y las relaciones en el interior de estos.
- Reconocer a hombres y mujeres como sujetos de derecho capaces de hacer uso del movimiento corporal humano como una herramienta para la generación de mecanismos de participación social legítimos que permitan acompañar o hacer seguimiento a la gestión pública en garantía del bienestar de la población y del derecho a la salud.
- Abordar el movimiento corporal humano desde los principios de promoción de la salud, a partir de los cuales se hace necesario fortalecer aptitudes personales, reforzar la participación comunitaria, crear políticas públicas y entornos saludables (preferiblemente con participación intersectorial) y reorientar los servicios de salud con una perspectiva incluyente.

Formación del talento humano en salud pública

Para el área de gestión social en rehabilitación es relevante considerar las competencias que se proponen para la formación de recurso humano en salud pública, considerada para algunos y de manera hegemónica como el área que involucra acciones con las comunidades y los colectivos.

A pesar de reconocer que la salud pública considera tanto las acciones colectivas como las individuales, las promocionales y las asistenciales, el equipo autodirigido de gestión social considera los avances desarrollados en el tema de formación en salud pública, por hacer énfasis en el componente social de la salud, en la gestión de proyectos y en la participación social.

Los profesionales de la salud tienen un papel protagónico en el desarrollo de las acciones de salud pública en el país, por lo que las propuestas curriculares de sus programas de formación la incluyen en asignaturas teórico-prácticas, como un campo fundamental que busca la adquisición de competencias que les permitan desempeñarse como actores sociales que contribuyan, desde un abordaje interdisciplinario e intersectorial, a

garantizar el bienestar individual y colectivo a través del mejoramiento de las condiciones de vida.

El solo concepto de salud no es suficiente para orientar la determinación de las competencias formativas comunes del profesional de la salud. Se requiere, por tanto, la identificación de sus determinantes, los cuales constituyen el campo sobre el cual se desarrollan las acciones para procurar el mantenimiento de la salud. La literatura reconoce la existencia de una multiplicidad de factores relacionados (socioambientales, biológicos, genéticos y de estilos de vida) en los individuos, familias y comunidades. La comprensión de la relación de los determinantes sobre la salud constituye un elemento esencial para orientar la definición de las competencias.

En este sentido, es importante considerar que cuando se piensa en competencias comunes al área de la salud, es necesario también pensar en la formación en cada una de las profesiones, porque cada una tiene énfasis, propósitos y necesidades específicas.

Perspectiva internacional de la formación en salud pública

En el desarrollo de competencias en áreas de desempeño como la salud pública, uno de los aspectos relevantes en los procesos de enseñanza-aprendizaje es la aplicación de las tendencias modernas de construcción del conocimiento, centrado en el estudiante, cuyo perfil formativo es aprender a aprender, aprender a hacer y aprender a ser el profesional a que se aspira, basado en métodos crítico-reflexivos que mantienen como principio central la investigación-acción e incluyen nuevos conceptos de desarrollo profesional, en los cuales los sujetos de aprendizaje no pueden estar separados de su acción y de su vivencia, asentándose en el principio de reflexionar sobre la propia práctica como una instancia ineludible de innovación y transformación de los procesos educativos para autorregular la intervención y el papel docente según las condiciones objetivas y subjetivas (Vidal, 2007).

Es importante considerar las demandas propias de la sociedad y de las transformaciones que se dan en los contextos y, asimismo, considerar la evolución del proceso salud-enfermedad. En el desarrollo histórico de las ciencias de la salud se han identificado diferentes teorías epidemiológicas, con los respectivos objetos de estudio para su explicación, así como el establecimiento de respuestas para su modificación y/o solución. Entre estas tenemos a la unicausalidad, con su objeto de estudio, la enfermedad;

a la multicausalidad con su objeto de estudio, la salud; y a la teoría histórico-social y su objeto de estudio, el proceso salud-enfermedad (Adriano y Caudillo, s.f.).

Con respecto a la formación de recursos humanos en la época en la cual la unicausalidad fue hegemónica, se evidencia un alto componente intramural y hospitalario. El currículo separa lo teórico y lo básico de lo preclínico y clínico, y se encuentran organizados por escalones que pasaban del estudio de la forma del organismo normal, a la función de los órganos; posteriormente, a las alteraciones en su funcionamiento, para concluir con las manifestaciones de dichas alteraciones. Además, se requiere, desde la formación de talento humano, una declaración de responsabilidades y proyección social de las profesiones sanitarias, que busca crear sensibilidad y conciencia social tanto en estudiantes como en profesores. Se reconoce la importancia de algunas asignaturas sociales y humanísticas (Epidemiología, Administración, Estadística) (Adriano y Caudillo, s.f.).

De acuerdo con las características señaladas, se consolida el movimiento denominado preventivista, el cual impactó débilmente a las ciencias de la salud, con el surgimiento de los departamentos preventivos y sociales en las diferentes facultades y escuelas. En el currículo se yuxtaponen disciplinas de la salud pública, la administración, la epidemiología, la estadística, el saneamiento ambiental y la educación para la salud, que se manejan al margen de los componentes biológico-clínicos de los planes de estudio.

En América Latina, la necesidad de crear alternativas teórico-metodológicas que permitieran entender el proceso salud-enfermedad en su dimensión histórico-social, abrió espacios hacia otras interpretaciones cuyas bases no fueran fundamentalmente clínico-biológicas, sino que abordaran los determinantes sociales de la problemática salud-enfermedad. A esta área se la conoce como la historia social del proceso salud-enfermedad, o epidemiología crítica, proceso que pasa a ser considerado uno de los procesos de la totalidad social. A continuación se señalan las características fundamentales del paradigma histórico-social en ciencias de la salud.

Con respecto a la producción de servicios, el desarrollo de la prevención integral será la base de su quehacer profesional, es decir, que en este deben quedar contempladas las acciones por desarrollar, que van desde el diagnóstico hasta la rehabilitación en las dimensiones individual y colectiva, con especial énfasis en la promoción, prevención y atención primaria

en salud. Estas acciones tendrán su concreción en los distintos sistemas de salud, cuyo método de planeación y administración será el estratégico situacional o participativo.

En relación con la producción de conocimientos, la investigación que se realice debe surgir de las distintas realidades sociales, las cuales darán las problemáticas específicas en salud de cada una de ellas, que servirán de base para la planeación de las acciones en la producción de servicios.

En lo que se refiere a la formación de recursos humanos, pretende formar un profesionista integral, esto es, que exista en los planes y programas de estudio un equilibrio entre las áreas biológicas, clínicas y sociales, formación que debe partir de la realidad social del proceso salud-enfermedad objeto de estudio de esta teoría (Adriano y Caudillo, s.f.).

Por otro lado, en un estudio realizado en España en el 2007, se realiza una revisión de las titulaciones universitarias de medicina, farmacia, enfermería, nutrición humana y dietética, óptica y optometría, veterinaria, trabajo social, ciencias laborales y recursos humanos, magisterio y ciencias ambientales con relación a la salud pública. Los investigadores encontraron como competencias específicas las siguientes (Davo *et al.*, 2009, p. 10):

- Analizar la situación de salud de la comunidad.
- Describir y analizar la asociación y el impacto de los factores de riesgo.
- Controlar las enfermedades y las situaciones de emergencia.
- Contribuir a definir la ordenación del sistema de salud.
- Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales.
- Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias.
- Fomentar la participación social y fortalecer el control de los ciudadanos sobre su propia salud.
- Gestionar servicios y programas.

Los estudiantes de las profesiones de salud identifican el papel de la salud pública en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad de la población, la recuperación y la restauración de daños, dentro del marco legal vigente, y saben proponer y emprender las acciones apropiadas

para contribuir y generar corresponsabilidad en la solución de problemas colectivos.

Competencias del fisioterapeuta en salud pública: una reflexión para la gestión social

En algunos estudios se evidencia que el profesional de fisioterapia, para ejercer en salud pública, debe desarrollar estudios posgraduales como maestrías. Esto se observa en España, en donde la fisioterapia cumple con el papel de formar profesionales de salud pública, lo cual significa adquirir competencias para desarrollar actividades de protección y promoción de la salud de los ciudadanos, fundamentalmente en el ámbito poblacional. La adquisición de estas competencias es un proceso que dura toda la vida profesional, desde que se inicia con una maestría en salud pública hasta alcanzar el nivel avanzado de experto, caracterizado por la capacidad de innovar, liderar y provocar cambios en la salud pública, tanto nacional como internacional.

Para que la salud pública como institución cumpla con su misión en defensa de la salud de los ciudadanos, debe contar con profesionales adecuadamente formados. Además, es imprescindible la profesionalización en investigación en salud pública, con la formación orientada hacia la resolución de problemas (Benavides, 2010). En la tabla 1 se presentan los niveles de progresión de competencias que es preciso desarrollar en profesionales de salud pública:

Tabla 1. Niveles de progresión en la adquisición de competencias profesionales en salud pública según una modificación del modelo Dreyfus

Nivel profesional	Descripción
Novel	Competencias básicas tras cursar el máster, responsabilidades limitadas relacionadas con su perfil previo.
Capacitado (<i>capable</i>)	Comienza a tener un sentido de la organización en su conjunto e incorpora su experiencia para resolver nuevos problemas.
Competente (<i>competent</i>)	Experimentado, reconoce la complejidad de los problemas y toma decisiones no rutinarias, supervisa grupos pequeños.
Muy competente (<i>proficient</i>)	Toma decisiones basado en la intuición y en el análisis crítico de la situación, identifica las conexiones de la realidad en su conjunto, asumiendo rol de líder.

Continúa

Nivel profesional	Descripción
Experto (<i>expert</i>)	Identifica cómo funciona el sistema, valora el trabajo de otros, asume la responsabilidad del grupo y distribuye responsabilidades.
Avanzado (<i>advance and luminaries</i>)	Innova y desarrolla maneras de resolver los problemas, expande las fronteras de la profesión y algunas veces cambia la visión de un determinado problema.

Fuente: Benavides (2010)

Es de recalcar que la profesión se considera autónoma, debido a que se tiene la capacidad determinar sus acciones a través de una elección independiente, basándose en un sistema de principios o leyes (Mulero, 2003). La Comisión Nacional de Ciencias Aliadas a la Salud identifica cinco roles principales de práctica:

1. Experto o especialista en hacer un diagnóstico, al llevar a cabo evaluaciones y establecer un diagnóstico en terapia física.
2. Proveedores de cuidado directo al paciente, al desarrollar e implementar planes de cuidados.
3. Educador de los pacientes sobre la importancia de continuar su régimen de cuidado más allá de los límites de la clínica, educación a familiares, y educación sobre bienestar y prevención de accidentes, lesiones y enfermedades.
4. Manejadores de casos, al coordinar el cuidado y las intervenciones clínicas del equipo de salud.
5. Consultor, al proveer información y análisis necesario para un cuidado de calidad y costo-efectivo.

Es claro que la profesión debe ir más allá de la realización de unos tratamientos con agentes físicos, ya que el fisioterapeuta es ante todo un profesional de la *salud*. La fisioterapia, al igual que el resto de los sectores del campo biomédico, no puede actuar como un ente aislado, sino que desde su posición dentro del equipo multidisciplinar de salud, cuya función, en definitiva, es asegurar la calidad de vida de la sociedad, se considera al fisioterapeuta como una unidad biopsicosocial.

Por otro lado, la praxis de los fisioterapeutas que se desempeñan en servicios sociales en España, se concibe como el trabajo profesional diplo-

mado universitario en fisioterapia que ejerce funciones de asistencia y tratamiento a personas beneficiarias de dichos servicios, de carácter público: ancianos; personas con problemas psíquicos, físicos o sensoriales; niños con problemas del desarrollo; patologías crónicas, etc. Estas funciones, que se ejercen en el marco de residencias, centros asistenciales de personas en situación de discapacidad, centros de día o en centros ocupacionales, son las siguientes:

- Realización de los tratamientos de fisioterapia dentro del ámbito de su competencia.
- Participación en el equipo multiprofesional del centro para la realización de pruebas y valoraciones relacionadas con su especialidad profesional.
- Seguimiento y evaluación de la aplicación de los tratamientos que realice.
- Conocimiento, evaluación e información, en su caso, de la aplicación de tratamientos de su especialidad cuando se produzca mediante la realización de recursos ajenos.
- Conocimiento de los recursos propios de su especialidad en el ámbito local y provincial.
- Participación en juntas y sesiones de trabajo que se establezcan en los centros.
- Colaboración en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias afectadas e instituciones.
- Asesoramiento a los profesionales que lo precisen sobre tratamientos, pautas de movilidad, etc., en los que tengan incidencia las técnicas fisioterápicas.
- Asistencia a las sesiones clínicas que se establezcan en los centros de trabajo para la revisión, seguimiento y evaluación de tratamientos.

En general, todas aquellas actividades asistenciales no especificadas, anteriormente incluidas en el ejercicio de su profesión y preparación técnica. No obstante, se entiende que en la práctica profesional, un fisioterapeuta

de servicios sociales ha de cumplir con los objetivos actitudinales de todo profesional de la fisioterapia, para lo cual es básico:

- Conocer la estructura, función y comportamiento del cuerpo humano.
- Conocer las necesidades básicas del ser humano y el proceso de atención de fisioterapia.
- Conocer la terminología profesional precisa.
- Conocer los factores y mecanismos que causan enfermedades y su evolución.
- Analizar las interrelaciones que establece el hombre con el medio ambiente y su repercusión en el proceso salud-enfermedad.
- Conocer los registros y protocolos que es preciso aplicar en el cuidado al paciente.
- Conocer las técnicas de fisioterapia requeridas para la evaluación y tratamiento del paciente.
- Identificar el papel de la fisioterapia dentro del equipo multiprofesional.
- Conocer la dinámica de trabajo en equipo interdisciplinar.
- Conocer los métodos apropiados para analizar y describir un problema de salud.
- Conocer la acción de los diferentes agentes terapéuticos sobre los procesos patológicos que requieren tratamiento fisioterápico.
- Conocer el concepto de incapacidad y sus grados, a nivel familiar, social y laboral.

La creciente preocupación sobre la efectividad y la eficiencia de los distintos servicios de salud ha impulsado a la fisioterapia hacia el movimiento de la práctica clínica basada en la evidencia. En este sentido, debido al gran número de investigaciones de fácil acceso en la literatura científica, es importante sintetizar los resultados de estas. Las revisiones sistemáticas de la literatura científica han contribuido a revolucionar la práctica clínica con el desarrollo de la fisioterapia basada en evidencia, que es el método de trabajo que utiliza la mejor evidencia disponible en la actualidad para la toma de decisiones clínicas (Gómez, 2010).

Hoy se concentra en aspectos relativamente alejados de las actividades de vigilancia y control, y pone énfasis en los métodos cuantitativos y la metodología de investigación. Por otra parte, la formación en administración y gestión de servicios que adquieren quienes aspiran a ser directivos del sistema sanitario, es asumida en buena parte por las escuelas de negocios. Los responsables de los servicios de salud pública son a menudo profesionales que han destacado por realizar bien su labor, y que son invitados a convertirse en gestores sin haber tenido oportunidad de formarse en gestión. Disponer de profesionales de la salud pública competentes es una prioridad absoluta para el sistema. Hay necesidades de investigación en este campo que debieran formar parte de la agenda de los responsables de la salud pública, y que incluyen aspectos relacionados con la producción de profesionales de la salud pública y con su retención en los servicios (Villalba, 2009).

Articulación con el enfoque curricular y el modelo pedagógico del programa de Fisioterapia de la Universidad del Rosario

Es pertinente para el grupo de docentes del programa de Fisioterapia tener una posición reflexiva respecto a los procesos de enseñanza-aprendizaje, que permita plantear una base teórica a partir de la práctica misma, en la cual se articulen, lógica y secuencialmente, objetivos comunes de formación, concepciones y enfoques curriculares, como también las prácticas pedagógicas orientadas al desarrollo del estudiante y su proceso de formación, de acuerdo con el proyecto educativo institucional.

Hay una gran variedad de criterios e interpretaciones de lo que es el currículo. El programa definió su currículo con base en la propuesta de Franco (1990), la cual se construye a partir del establecimiento de las relaciones entre elementos curriculares tales como objetivos, contenidos, actividades pedagógicas y evaluación.

La propuesta curricular tiene su fundamento filosófico en la dimensión de hombre, sus fines y posibilidades, alrededor de preguntas que han permanecido y que impulsan la reflexión alrededor del proceso enseñanza-aprendizaje, así: ¿cómo se produce el conocimiento?, ¿cómo justifica el ser humano su interés por aprender y conocer?, ¿cuál es la relación entre la teoría y la práctica?, ¿cuál es la relación existente entre las ciencias sociales y las ciencias naturales? Todos estos interrogantes han permitido abordar la concepción curricular desde diferentes corrientes epistemológicas: el empirismo, el positivismo lógico, el estructuralismo, el constructivismo, el pragmatismo y el materialismo didáctico (Panqueva, 1989). Cualquiera

que sea el enfoque del currículo, este contiene dos dimensiones claras, una como proceso y otra como producto (Franco, 1990).

Si se toma en cuenta la primera dimensión, en la cual el currículo es un proceso permanente mediante el cual se definen los propósitos de aprendizaje en función del hombre, entran a desempeñar un papel determinante los principios plasmados en la visión y en la misión del programa, acordes con los de la universidad.

La segunda dimensión es el currículo como producto. Este debe responder a un resultado para un momento o tiempo determinado. Es por esto que se expresa como programa, planes y materiales de instrucción utilizados en la universidad.

Construir un currículo, es la forma de dimensionar lo que acontece en la vida de un estudiante, de los docentes, en la vida de una institución educativa, en un país que busca oportunidades de aprender para lograr metas y objetivos que solo piensan en la imaginación y llegan a ser realidad en el currículo.

Tendencias y concepciones curriculares

Se pueden distinguir dos tendencias curriculares claras. Una centrada en el objeto, orientada fundamentalmente a enfatizar en la transmisión del conocimiento, en los métodos, en los recursos, en los docentes y en el estudiante, pero de forma aislada (Shoemaker, 1989). Los resultados de esta propuesta curricular se caracterizan por un conocimiento fragmentado y memorístico, con saberes desdibujados y aparentemente descontextualizados de la realidad, los cuales son percibidos sin ninguna finalidad.

La otra tendencia se preocupa por el sujeto, en su interior, en su existencia, en la creatividad y en la imaginación, en el instinto, en el deseo de aprender; privilegia la subjetividad, el desarrollo personal, rescata al sujeto como educador y como educando. En este enfoque, el estudiante es sujeto activo del aprendizaje y se privilegian más los procesos que los contenidos. La iniciativa del profesor y la del estudiante son indispensables.

Con este enfoque filosófico del currículo se logra una formación integral, personas hábiles en áreas de desempeño específicas y con una formación amplia y clara sobre procesos socioculturales, políticos y económicos, para permitir que la relación individuo-sociedad pueda ser participativa (Shoemaker, 1989).

Con base en la amplitud y profundidad de los contenidos del aprendizaje que se busca en los estudiantes de fisioterapia, y de acuerdo a la secuencia, la continuidad y la integración de estos, el programa propone desarrollar el currículo centrado en el estudiante y dentro de este la forma más reciente: el currículo integrado (Shoemaker, 1989). Este enfoque hace énfasis en el desarrollo de actividades orientadas hacia el conocer, descubrir, construir, expresar y recrear.

Este tipo de currículo desarrolla métodos para que el estudiante problematice su enseñanza a través de la organización, recopilación y análisis de datos, como también el desarrollo de habilidades y destrezas relacionadas con las distintas áreas del conocimiento que se dirigen a satisfacer las necesidades, intereses y propósitos del estudiante.

Si se atiende a las dificultades descritas para este tipo de currículo, se identifican aspectos comunes, tales como el aumento de la exigencia y la dificultad en el trabajo curricular, en la búsqueda del cambio permanente de actitudes y logros en los estudiantes, con la participación activa de estos.

El currículo integrado es un modelo de enseñanza a través de la integración, que se enfoca en una educación organizada de tal modo que trasciende las líneas ordinarias de las materias, ya que enlaza los diferentes aspectos del currículo en un enfoque asociativo, significativo e interactivo (Shoemaker, 1989).

La división del conocimiento por disciplinas diferentes limita el aprendizaje y el desarrollo del conocimiento. Dentro del currículo integrado precisamente lo que se quiere es acceder a un conocimiento que relaciona los contenidos con las exigencias de los estudiantes, de la sociedad y su capacidad para resolver problemas.

Cuando se habla de currículo integrado no es solamente del conjunto de asignaturas y disciplinas, sino necesariamente de una unidad que alcance objetivos comunes que lleven a la transformación.

El currículo integrado promueve un modelo educativo que ofrece un continuo movimiento de elementos y diversos puntos de vista, en un ambiente educativo en el cual el conocimiento global es considerado una interconexión que permite al educando una visión amplia y la ganancia de habilidades cognitivas que quedan para toda la vida.

La clave de la integración curricular, es organizar sus componentes en función de grandes objetivos de desarrollo integral del estudiante, al otorgar

igual relevancia al desarrollo intelectual (entendido como la asimilación de información, generación de información, hábitos de reflexión, deducción, inducción síntesis y análisis), afectivo (desde el punto de vista de actitud y sensibilidad), como al desarrollo de habilidades y destrezas. Se busca entonces una integralidad del aprendizaje, a través de la relación explícita de asignaturas en áreas de contenido conceptual que a su vez puede hacerse en diversos niveles, correlacionándolo en torno a temas unificadores considerados vitales (Franco, 1990).

Dentro de la diversidad de conexiones curriculares que se ajustan a este modelo, se deben destacar básicamente dos que actualmente han sido implementadas en el Programa de Fisioterapia para algunas asignaturas y en otros casos para desarrollar temas específicos.

La formación paralela

Requiere que los profesores de dos o más asignaturas hagan un trabajo secuencial, de manera que todos los estudiantes trabajen los mismos temas, tópicos, puntos de vista o problemas al mismo tiempo. Este modo deja las materias intactas, mientras fomenta asociaciones significativas que refuerzan su aplicabilidad, a la vez que permite que los docentes utilicen sus áreas de especialización. Con frecuencia, los docentes que enseñan en varias asignaturas, usan la instrucción paralela como rutina, al reconocer las conexiones que existen entre ellas (Departamento de Educación de la Florida, 1999).

La formación interdisciplinaria

Tiene similitud con la forma paralela en que dos o más asignaturas se juntan bajo un tópico, tema, punto de vista o problema, en el que permanece intacto el valor de cada disciplina, pero su enseñanza es estructurada de manera que existan conexiones con el contenido. Los docentes participantes desarrollan de manera secuencial sus temáticas y requieren de sus estudiantes el desarrollo de guías y proyectos en los que incorporan la variedad de elementos estudiados en cada materia individualmente (Departamento de Educación de la Florida, 1999).

A las ventajas descritas por Franco (1990), tales como contrarrestar la exagerada dispersión de conocimientos, el propósito de ligar el contenido, los objetivos y actividades curriculares con problemas vitales del estudiante,

la forma de organización de los contenidos amplios y la variedad de métodos de trabajo, el Programa de Fisioterapia agrega la posibilidad de correlacionar los potenciales intelectuales, afectivos y las habilidades motoras necesarios para la integración que debe hacer el profesional fisioterapeuta en la toma de decisiones propias de su desempeño.

Dentro de las desventajas se destaca la dificultad que se presenta por la escasa experiencia en la organización de grupos de trabajo interdisciplinario, experiencia indispensable para establecer y desarrollar la propuesta de contenidos y objetivos tendientes al desarrollo integral del estudiante; dificultad para contar con especialistas dispuestos a repensar su propia disciplina en función de las metas educativas, del desarrollo de los estudiantes y de la vinculación de su especialidad con la vida (Franco, 1990).

También se añadiría que la contratación de la planta docente con medios tiempos y tiempos completos facilita el trabajo secuencial y coordinado que exige este modelo curricular, al punto de que se avanza hacia la consolidación de comunidades de práctica.

Algunas de estas consideraciones esenciales ya han sido puestas en práctica en el Programa, además del estudio y propuesta de un modelo pedagógico (conceptual) y de una metodología participativa (diseño y aplicación de guías de estudio y didácticas) que actualmente se amplían en su fundamentación.

Condicionantes para implementar un currículo abierto, dinámico y participativo

Para Franco (1990) la educación es un proceso social en el que el espacio educativo es un campo privilegiado para propiciar y orientar cambios globales en la misma educación, dándose una doble acción de la sociedad hacia la educación y viceversa.

En el informe a la Unesco (1998) de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI, los autores plantean que la educación debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales que en el transcurso de la vida serán para cada persona, en cierto sentido, los pilares del conocimiento. Describen estos como:

- Aprender a conocer, es decir, adquirir los instrumentos de la comprensión.

- Aprender a hacer, para poder influir sobre el propio entorno.
- Aprender a vivir juntos, para participar y cooperar con los demás en todas las actividades humanas.
- Por último aprender a ser, un proceso fundamental que recoge elementos de los tres anteriores.

Asimismo, plantean que estas cuatro vías del saber convergen en una sola, ya que hay entre ellas múltiples puntos de contacto, coincidencia e intercambio.

Para la formación del profesional fisioterapeuta, los planteamientos de estos autores son esenciales, pues conjugan los componentes necesarios para hacer de ellos unas personas integrales que respondan a los principios de la visión y la misión, con una perspectiva social amplia.

Se trata por lo tanto de crear un ambiente que propicie el desarrollo de todos estos condicionantes y que los cambios se hagan realidad de manera permanente, consciente y coherente con los principios que fundamentan la Universidad, el Programa, la profesión y la disciplina, en función del desarrollo integral de los estudiantes.

Es claro que estas apuestas curriculares y pedagógicas del Programa de Fisioterapia están en completa sintonía con los lineamientos institucionales, en los cuales se reconoce a la Universidad como un entorno educativo “que le permite a los educandos desarrollarse dentro de un contexto sociocultural que posee un sentido de transversalidad, integralidad y pluri-dimensionalidad, más allá de un simple enfoque instructivo” (Universidad del Rosario, 2010).

Asimismo, la Universidad explicita y otorga papel central al estudiante como gestor de su propio conocimiento, proceso en el que es acompañado por los docentes, quienes facilitan y viabilizan el aprendizaje significativo a través de estrategias acordes con este currículo.

Estructuración del área en la cadena cognitiva

La cadena cognitiva de gestión social está conformada por los espacios académicos del núcleo común: desarrollo humano, salud y sociedad; discapacidad y sociedad; teorías de la rehabilitación; comunidad y educación en salud; sistemas en rehabilitación y el ciclo electivo de profundización de

gestión social (dos cátedras y una práctica), así como por las asignaturas disciplinares de Sociología de la Fisioterapia, Desempeño del fisioterapeuta en promoción y prevención y PAC básico de promoción y prevención, en las cuales se trabajan las categorías de calidad de vida, salud, desarrollo humano, promoción y prevención, derechos humanos, participación social, gestión e inclusión social, diversidad y equidad.

Se plantea que el estudiante debe desarrollar competencia para conocer y aplicar las políticas públicas y los planes territoriales como fundamento del desempeño profesional en el marco de la participación social de sujetos y colectivos.

Para el logro de este propósito, es indispensable que el estudiante desarrolle capacidades para identificar el proceso de formulación, desarrollo y evaluación de políticas institucionales y públicas en administración y gestión frente al desarrollo de las actividades y necesidades propias del entorno. Asimismo, reconocer su capacidad de liderazgo para acompañar procesos de participación de los usuarios en los escenarios democráticos de la Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), lo cual implica comprender los derechos y deberes de los usuarios dentro del sistema general de seguridad social.

En su ubicación dentro de territorios específicos, el estudiante también podrá contrastar las orientaciones que las políticas públicas a nivel nacional e internacional han desarrollado en torno a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y, con base en ellas, identificar el proceso de formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida y de las políticas, bajo la perspectiva de la participación social y el empoderamiento comunitario. Finalmente, se busca que el estudiante esté en capacidad de desarrollar acciones de abogacía para la movilización política, en la perspectiva del desarrollo humano.

Resultados de aprendizaje esperados

Con base en la cadena cognitiva del área y las asignaturas del componente disciplinar que la componen, los resultados esperados para el área están organizados jerárquicamente de acuerdo con su desarrollo durante el paso del estudiante por la malla curricular:

- Identifica las diferentes concepciones y enfoques de cuerpo y movimiento desde las ciencias naturales y sociales, con énfasis en la comprensión de la interacción del sujeto con su contexto.
- Reconoce el rol del fisioterapeuta, su acción y responsabilidad social, en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Analiza el perfil epidemiológico de la población objeto de interacción, desde la perspectiva de análisis de situación de salud (ASIS).
- Identifica la influencia que los determinantes sociales tienen sobre las características del movimiento de los sujetos y colectivos.
- Identifica los lineamientos y comprende las acciones específicas de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que incluyen el trabajo intersectorial, la participación social y el empoderamiento como mecanismos para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los sujetos y colectivos.
- Identifica y reconoce la aplicabilidad de las políticas públicas, las acciones planteadas en el marco de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como los planes y programas.
- Implementa procesos de educación en salud dirigidos a sujetos y colectivos, con base en el objeto de estudio.
- Identifica principios y métodos de la actividad investigativa para la generación de estados del arte, portafolios, programas y planes de acción en los programas académicos de campo: básico y de profundización.
- Comprende la dinámica de las dimensiones económicas, políticas, sociales, así como las capacidades de las poblaciones y las oportunidades del entorno para la formulación, ejecución y evaluación de proyectos de desarrollo.
- Desarrolla la capacidad argumentativa y de análisis crítico, alrededor del desarrollo social inclusivo, su abordaje e impacto en la equiparación de oportunidades, el desarrollo de capacidades y la satisfacción de las necesidades de las poblaciones, crítico desde el enfoque poblacional: ciclo vital, intercultural, interseccional, diferencial y de la diversidad.
- Identifica los elementos conceptuales y teóricos de los derechos humanos y la justicia social, propios del desarrollo humano, la calidad vida y el desarrollo social de las poblaciones.

- Participa en la formulación de proyectos integrando los referentes epidemiológicos en el ámbito de la salud.
- Aplica criterios para la selección y apreciación crítica de la evidencia científica derivada de la investigación y de la sistematización de la práctica.
- Participa en la formulación de proyectos, en la generación de herramientas de recolección y análisis de la información, evaluación y discusión de resultados obtenidos en el proceso investigativo.

Estrategias pedagógicas del área

A partir de un diagnóstico de las estrategias pedagógicas presentes en las guías de asignatura, realizado por el equipo de gestión social, se evidencia que si bien las didácticas son explícitas en estos documentos y se enmarcan dentro del aprendizaje activo-participativo, que responde a los principios pedagógicos declarados por la Universidad y el Programa, estas no se ubican dentro de una estrategia pedagógica clara y definida.

Es por esto que al reconocer dicha falencia y la multiplicidad de estrategias planteadas, el equipo determina que las prácticas pedagógicas utilizadas deben orientarse al desarrollo de los estudiantes, mediante el enlace de los diferentes aspectos del currículo en un enfoque asociativo, significativo e interactivo, en el marco de la excelencia académica y humana.

Las prácticas pedagógicas más empleadas en el proceso educativo del área son las de proyectos de desarrollo e investigativos de aula o en campo, los cuales permiten integrar una dinámica social con un saber ético y disciplinar, en el que se articulan intereses y necesidades tanto individuales como colectivas que permiten desarrollar competencias en áreas de investigación, diseño, administración y gestión de proyectos sociales, al comprender los diferentes escenarios de ejercicio profesional.

La cátedra activa, el aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje por proyectos, el aprendizaje basado en el trabajo colaborativo, el aprendizaje por discusión o debate, el aprendizaje por inducción, entre otros, son métodos aceptables en el proceso de enseñanza- aprendizaje, los cuales se emplean para garantizar la apropiación conceptual y la práctica profesional en el área de gestión social.

La gestión social como área de investigación: articulación con el grupo de investigación

En la Universidad del Rosario antes del 2010, la actual Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud estaba conformada por la Facultad de Medicina y la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano (FRDH). Esta última correspondía a los programas de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional. Dentro de las reformas realizadas en la FRDH, la última en el 2009, y aprobada por las directivas de la Universidad, contenía la definición de los créditos del componente de núcleo común y el componente disciplinar. De esta manera, como parte del núcleo común se definieron 86 créditos de los 170 créditos de cada pregrado, los cuales están compuestos por asignaturas del componente de investigación, del componente flexible y por asignaturas relacionadas con las ciencias de la rehabilitación.

Dentro de las asignaturas de núcleo común, los grupos de investigación participan para lograr la articulación entre la docencia y la investigación. Es así como el Grupo de Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Discapacidad, actualmente Ciencias de la Rehabilitación, participa activamente en la formulación y oferta de las siguientes asignaturas:

- Teorías y Modelos de Rehabilitación
- Discapacidad y Sociedad
- Desarrollo Humano y Sociedad
- Comunidad y Educación en Salud
- Sistemas de Rehabilitación.

Asimismo, participa en asignaturas del componente de investigación tales como:

1. Teorías de la Medición y la Evaluación
2. Análisis Bioestadístico
3. Epidemiología de la Rehabilitación.

Por otro lado, con relación a las asignaturas del componente flexible, los programas cuentan con ocho créditos de los veintiocho totales, para ofrecer cátedras relacionadas con las agendas y proyectos de investigación de los grupos de investigación, que permitan desarrollar en el estudiante las habilidades investigativas y propias de cada área de profundización. Es así como se definen seis áreas de profundización: gestión social en rehabilitación, clínica en rehabilitación, actividad física, salud y trabajo, administración y educación.

De esta manera, el grupo Ciencias de la Rehabilitación desarrolla y fundamenta dos de las áreas de profundización: Gestión Social en Rehabilitación y Clínica en Rehabilitación.

Dentro del grupo de investigación en Ciencias de la Rehabilitación se destacan dos líneas de investigación que están estrechamente relacionadas con las temáticas del grupo de Gestión Social, a saber: Estado, Políticas Públicas y Participación Social y Discapacidad y Sociedad.

Estas líneas en los últimos años han formado jóvenes investigadores derivados del semillero de investigación del grupo. El conocimiento que se ha generado a partir de los proyectos de investigación, en su mayoría financiados por fondos de investigaciones como el FIUR, tanto de los jóvenes investigadores como de los profesores que pertenecen a estas líneas, han impactado la malla curricular con la ampliación de los contenidos de las cátedras de profundización y la creación de nuevas asociaciones con otros grupos de investigación de la Universidad.

Referencias

Adriano, M. y Caudillo, T. (s.f.). *Retos y desafíos de la formación de recursos humanos en la salud pública. Propuesta FES Z*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Recuperado en octubre del 2012, de

- <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/Indice.htm>
- Aguilar, L. F. (2006). *Gobernanza y gestión pública*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Barrera, O. (2011). El cuerpo en Marx, Bourdieu y Foucault. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 7 (11), 121-137.
- Benavides, F. G. (2010). Acerca de la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos. *Gaceta Sanitaria*, 24, 90-95.
- Bourdieu, P. (1999). *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba.
- Camargo, D. y Rodríguez, L. (2009). El sistema único de habilitación en salud en las acciones de salud pública. Una mirada desde la fisioterapia. *Revista de Experiencias de Fisioterapia y los Proyectos de Desarrollo*, 2 (2), 39-49.
- Concejo de Bogotá D. C. (2008). *Acuerdo 308*. Recuperado en diciembre del 2012, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/norma1.jsp?i=30681#0>
- Concejo de Bogotá D. C. (2012). *Acuerdo 489*. Recuperado en diciembre del 2012, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/norma1.jsp?i=47766#0>
- Congreso de Colombia (1999). *Ley 528*. Diario Oficial N°. 43.711, de 20 de septiembre de 1999.
- Congreso de Colombia (2007). *Ley 1145. Sistema Nacional de Discapacidad*. Recuperado en junio del 2012, de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1145_2007.html
- Congreso de la República de Colombia (2011). *Ley 1438*. Recuperado en diciembre del 2012, de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html
- Cott, C. A., Finch, E., Gasner, D., Yoshida, K., Thomas, S. G. y Verrier, M. C. (1995). The movement continuum theory of physical therapy. *Physiotherapy Canada*, 47, 87-95.
- Cruz, I., Hernández, J., Ríos, A., Garzón, K. y Álvarez, L. (2009). *Articulación del Grupo de Investigación en Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Discapacidad a los procesos curriculares de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Documento de investigación N° 48.

- Davo, M., Gil, D., Vives, C. *et al.* (2009). ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gaceta Sanitaria*, 23 (1), 5-12.
- Departamento de Educación de la Florida (1999). *La estructura del currículo de La Florida*. Florida: The Sunshine State Standards.
- Dowbor, L. (2003). Brasil Tendencias de Gestión Social. Brasil, el desafío del cambio. *Revista Nueva Sociedad*, (187). Recuperado en enero del 2013, de <http://www.nuso.org/revista.php?n=187>
- Franco, C. I. (1990). *Pensar y Actuar: Un enfoque curricular para la educación integral* (2ª ed.). Bogotá: Magisterio, Colección Mesa Redonda.
- García-Ruiz, S., Ruiz-Varón, E., Díaz-Hernández, T., Rozo-Lesmes, P. y Espinosa-de Gutiérrez, G. (2010). El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas. *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, (12), 129-142.
- Gómez, A. (2010). Revisiones sistemáticas de estudios epidemiológicos. Un instrumento para la evidencia en fisioterapia. *Revista Fisioterapia*, 32 (1), 25-32.
- Ling, P. H. (1834). *Notations to the general principles of gymnastics* (K. E. Handbook of Massage, Trad., 1892). Philadelphia: Blakiston.
- Medina, C. (2008). *La gestión pública participativa en el contexto de la gestión social integral*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social (2007). *Decreto No. 3039*. Recuperado el 4 de diciembre del 2012, de <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/decreto%203039.pdf>
- Ministerio de Salud (2000). *Resolución 412*. Recuperado el 20 de enero del 2012, de www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/r0412_00.pdf
- Mogollón, A., De Negri, A., García, L. V. *et al.* (2009). *Reflexiones en salud pública*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Mulero, A. (2003). Autonomía profesional en la práctica de terapia física. *Revista Iberoamericana Fisioterapia y Kinesiología*, 6 (2), 91-100.
- Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*. Madrid: A & M Grafic.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Discapacidades y rehabilitación*. Recuperado de <http://www.who.int/disabilities/es/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009). *Funciones esenciales de la salud pública*. 42° Consejo directivo, 52° Comité Regional, Washington, Estados Unidos. Recuperado de <http://www.srt.gob.ar/super/eventos/Semana2007/CD/contenido/APS/2.pdf>
- Ortiz, J. (2009). *Accesibilidad tecnológica para limitados visuales en las bibliotecas públicas mayores en la ciudad de Bogotá* (trabajo de grado). Facultad de Sistemas de Información y Documentación, Universidad de La Salle, Bogotá.
- Panqueva, J. (1989). *Concepciones contemporáneas en relación con la teoría del conocimiento*. Bogotá: Editorial Universidad Javeriana.
- Peñaloza, I., Lancheros, Y., Camargo, D. et al. (2012). *Redimensionamiento programa académico de campo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en salud pública*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Documento de Investigación No. 15.
- Prieto, A. y Naranjo, S. (2005). El cuerpo en el campo de estudio de la fisioterapia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 53 (2), 12-19.
- Quevedo, E. (2004). *Café y gusanos, mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene, hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia. 1873 a 1953*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez, L. y Díaz, M. (2009). *Políticas públicas y entornos saludables*. Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia), Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Grupo de Investigación en Rehabilitación Social de la Persona con Discapacidad. Recuperado de <http://www.lalibreriadelaU.com/a-p49226>
- Sallys, D. (2006). *Rehabilitation: The use of theories and models in practice*. Oxford: Elsevier.
- Secretaría Distrital de Salud (2006). *Conociendo y apropiando la estrategia promocional de calidad de vida y salud*. Bogotá: Grupo Guillermo Fergusson.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Planeta.
- Shoemaker, B. (1989). *Integrative education: A curriculum for the twenty-first century*. Oregon: Oregon School Study Council.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco) (1998). *Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo*

- XXI: *visión y acción*. Recuperado en octubre del 2000, de http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm
- Universidad Nacional de Colombia (2003). *Propuesta de Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública. Informe Técnico*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Universidad del Rosario (2000). *Presentación curricular del Programa de Fisioterapia* (Anexo 50A, Proceso de Autoevaluación con miras a la acreditación del Programa de Fisioterapia). Bogotá: Universidad del Rosario, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano.
- Universidad del Rosario (2001). *Programa de Fisioterapia. Estructura de los PAC. Documento para la acreditación del programa*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Universidad del Rosario (2002). *Documento Fundamentación de los PAC*. Bogotá: Universidad del Rosario, Facultad de Fisioterapia.
- Universidad del Rosario (2005). *Marco de referencia de los Programas Académicos de Campo. Programa de Fisioterapia*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Universidad del Rosario (2010). *Proyecto Educativo Institucional*. Recuperado en septiembre del 2012, de www.urosario.edu.co
- Universidad del Rosario (2013). *Documento Marco Disciplinar. Programa de Fisioterapia. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Vidal, M. (2007). Modelo educativo para la formación de recursos humanos de la salud pública cubana en la gestión de información en salud. *Educación Médica Superior*, 21 (4), 1-6.
- Villalba, J. (2009). Profesionales y servicios de salud pública: saber, saber hacer y hacer. *Revista Gaceta Sanitaria*, 23 (1), 14-15.
- Wikström-Grotell, C. y Eriksson, K. (2012). Movement as a basic concept in physiotherapy a human science approach. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28 (6), 428-438.
- Winslow, C. E. A. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51 (1306), 23-33.

**EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES
EN EL ÁREA DE FORMACIÓN
EN GESTIÓN SOCIAL**

El área de Gestión Social en Rehabilitación, como área de profundización, ha desarrollado acciones desde el 2005 y ha sido fundamentada por el grupo de investigación Ciencias de la Rehabilitación a lo largo de estos últimos ocho años como una apuesta interdisciplinaria en la que participan los programas de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional. Desde ese momento los estudiantes de los tres programas han participado en las cátedras de profundización: Desarrollo social con participación ciudadana e Inclusión y Gestión Social, así como en el Programa Académico de Campo de profundización y en las opciones de grado (asistencia de investigación o pasantía) lideradas por el área.

En el paso de los estudiantes por el área se han desarrollado un sinnúmero de escritos, proyectos y experiencias que dan cuenta de los desarrollos académicos, investigativos y de extensión en los que han participado los estudiantes. Es por esto que al reconocer el valor de estas experiencias, se integran en este apartado algunas reflexiones y resúmenes de proyectos y experiencias, desarrolladas en el I y II semestre del 2012, I del 2013, en las que los estudiantes han participado y adquirido conocimientos, habilidades y destrezas en gestión social.

Implementación del programa Municipios Saludables como Polos de Desarrollo Local en Machetá, basada en la experiencia de Versailles (Valle del Cauca): necesidad de un diagnóstico local dirigido a la población con discapacidad

DIANA ALEXANDRA CAMARGO¹ CON EL APOYO DE VERÓNICA CHAVES²

Marzo del 2012

Para avanzar en el interés de la salud pública de estudiar los fenómenos de salud desde una perspectiva colectiva, se recurre a la epidemiología crítica para estudiar los determinantes de la salud, entendidos estos como todos aquellos aspectos sociales, culturales, económicos y políticos que influyen sobre las condiciones de salud, que permiten la interpretación cualitativa del espacio y la geografía, donde las condiciones de pobreza, escasa escolarización, inseguridad alimentaria, exclusión, discriminación social, vivienda, condiciones de salubridad y escasas oportunidades laborales y productivas, guardan relación directa con asumir diferencias y similitudes entre lo urbano y lo rural, y que a la luz de los procesos históricos generan

¹ Fisioterapeuta, Msc. Salud Pública, profesora de práctica, investigadora del área de profundización Gestión Social en Rehabilitación, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario.

² Estudiante de X Semestre del Programa de Fisioterapia, PAC de profundización, área Gestión Social en Rehabilitación.

aceleración o pérdida de sustentabilidad, inequidad social y económica (Breilh, 2010; Rada, 2007).

Desde Municipios Saludables se hace necesario tomar como referencia y destacar la experiencia sobresaliente del municipio de Versalles, Valle del Cauca, que en 1975, bajo la iniciativa del doctor Henry Valencia Orozco, cambió la vida de una población sumida en la pobreza y en la violencia política y social. La idea nació de la construcción de un nuevo hospital que permitió desarrollar un proceso de democracia participativa para la gestión de recursos humanos y económicos.

A partir de ahí cambió la lógica asistencial, imponiéndose el trabajo sobre el empoderamiento, entendido este como “la creación de condiciones que permitan actuar con independencia y tener la capacidad de exponer los problemas ante la estructura del poder como un verdadero proceso de participación social” (Wallerstein, citado en Restrepo, 2002), por medio de acciones promotoras de salud y preventivas de enfermedad, así como proyectos de educación y producción que trascienden los límites del asistencialismo hacia un enfoque holístico de la salud, para afectar de manera positiva determinantes de la salud que den respuesta a las necesidades de la población vulnerable y resolver la problemática social de Versalles (Restrepo, 2002; Carvajal, 2012).

En 1995, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoció a Versalles como municipio saludable modelo en Latinoamérica, destacado por su participación comunitaria e intersectorialidad. El esfuerzo de toda una vida del médico Valencia Orozco fue reconocido por el Congreso de la República con la Cruz de Boyacá, y lo ponderó como “ciudadano ilustre y ejemplo para los colombianos” (Carvajal, 2012).

El éxito de municipio saludable en Versalles se debe a la operacionalización del enfoque de promoción de la salud, por medio de un proceso participativo incluyente, democrático, dinámico, centrado en las necesidades planteadas por la comunidad, por medio de la creación de un comité de participación comunitaria y el establecimiento de alianzas estratégicas con el gobierno local, instituciones políticas y gubernamentales de nivel departamental y nacional, no gubernamentales, cooperación nacional e internacional, que permitieron trabajar basados en un marco de respeto por la historia y cultura de la población, en proyectar cuatro ejes de acción

para la población, destacando los grupos vulnerables y la perspectiva de género dada por el empoderamiento de la mujer.

En cuanto a los logros de los ejes implementados se destaca: en el eje de fortalecimiento de participación ciudadana, la construcción de políticas públicas saludables, expresadas en leyes, decretos y acuerdos emanados de la alcaldía y el consejo municipal, así como la aplicación de legislaciones vigentes, la creación de veedurías ciudadanas y programas para el desarrollo de las mujeres por medio de generación de fuentes de empleo, en sectores como la floricultura y la administración de tiendas.

En el eje de construcción de entornos saludables: programas para el manejo de basuras, fuentes hídricas, conservación del ecosistema y mejoramiento de la infraestructura física para mejoramiento de vías de comunicación, uso de suelo urbano y rural para plan de ordenamiento territorial.

En el eje de desarrollo de habilidades personales: implementación de programas para mejoramiento nutricional, creación de huertas caseras, construcción de un capital social basado en convivencia pacífica, fomento de estilos de vida saludables, cambio de hábitos de consumo, seguridad alimentaria y educación, fomento de aptitudes saludables en niños y jóvenes.

Eje de reorientación de los servicios de salud: implementación de acciones preventivas para reducción de la mortalidad materna, cobertura total de inmunización de niños, control a pacientes crónicos, control sobre lesiones o traumas por violencia y enfermedades inmunoprevenibles, cobertura casi total (Restrepo, 2002).

En el caso específico de Machetá, Cundinamarca, el proceso de Municipio Saludable como Polo de Desarrollo Local tiene como objetivo promover y ejecutar procesos de desarrollo democráticos y productivos, a partir de la optimización de los recursos disponibles. Para ello se busca generar un diagnóstico y una caracterización de la población expuesta al riesgo de la migración rural urbana y establecer programas de desarrollo y estrategias en salud, a partir de la colaboración intersectorial y la participación comunitaria (Alvarado, 2010).

Los ejes de intervención: generación de empleo, a partir de reconocer que el desarrollo económico municipal está concentrado en la agricultura y la ganadería.

Eje Escuela Saludable y Útil, en el cual se trabajan temas como salud mental y desarrollo vocacional, entre otros.

Eje Desarrollo Integral Humano, que de acuerdo con el plan de desarrollo municipal busca generar un espacio de formación y apoyo ciudadano, a niños, niñas y jóvenes para generar aptitudes positivas frente a la educación, la autoestima y la sexualidad y la formación de la población en general como agentes proactivos de cambio y generadores de desarrollo.

Eje Apoyo al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), en el que apoyado en la estrategia de atención primaria orientada a la comunidad, se busca mejorar y resolver las necesidades de salud pública de la población, como es el caso de la discapacidad (Alvarado, 2010).

En ambos casos las dificultades encontradas en la implementación de Municipios Saludables se deben a que el apoyo gubernamental y político no ha sido constante, y ello afecta la disponibilidad de recursos para la sostenibilidad de los programas, la existencia de deficiencias metodológicas en los diferentes programas y la falta de apoyo y conciencia de los organismos comunitarios sobre la importancia de concebir la salud como un proceso integral y participativo (Restrepo, 2002).

Con el marco anterior, desde la fisioterapia, sin abandonar como objeto de estudio el movimiento corporal humano, se hace necesaria la construcción de un diagnóstico local en el municipio de Machetá, centrado en la categoría analítica de discapacidad como eje transversal de desarrollo, para interpretar la relación de todos aquellos determinantes de la salud que participan en la construcción de los imaginarios que se tienen sobre un cuerpo mal llamado “diferente”, que acentúan los procesos de exclusión social que impiden y retrasan el desarrollo local.

La discapacidad se entiende como un interés de salud pública que reconoce la necesidad colectiva de dar respuesta inmediata. Por medio de Municipios Saludables se pretende impulsar un programa sostenible de atención integral a la población con discapacidad, incluido en el plan de desarrollo municipal, que con el aval de las entidades gubernamentales y el trabajo transectorial articulado con la gestión local, permita abarcar todos aquellos ámbitos de la vida humana basados en los lineamientos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y en el enfoque promocional de calidad de vida y salud, que promueve el fortalecimiento del ejercicio ciudadano en salud, a través de tres líneas de acción:

Singular: en la que a través de la atención primaria en salud, sin desconocer el aseguramiento asistencial a los servicios de salud, se da cobertura a casos específicos de discapacidad.

Particular: en la que se recurre a la sensibilización, formación y capacitación de grupos y redes de apoyo como la familia, las instituciones educativas y la comunidad general (entes territoriales y gubernamentales).

Finalmente, de la acción de municipios saludables se puede destacar que todos los asuntos relacionados con la salud pública deben nacer y ejecutarse desde la iniciativa de la propia comunidad, y ello debe ser completamente apoyado por las diferentes instituciones públicas y privadas que respaldan el desarrollo sostenible de un municipio.

Teniendo en cuenta lo anterior, es indispensable promover acciones y recursos de desarrollo social que permitan dar credibilidad a la idea de un cambio social sobre los imaginarios culturales, un cambio que rompa el ciclo de pobreza, violencia, enfermedad, discapacidad y que permita ampliar las opciones para una mejor calidad de vida. En fin, un cambio que abarque de manera transversal y multidisciplinaria, todos los ámbitos de la vida que permiten entender al ser humano como un “todo” en y para la comunidad.

Referencias

- Alvarado, R. (2010). *Implementación de Municipios Saludables como Polos de Desarrollo Local*. Bogotá: Centro de Investigaciones Ciencias de la Salud y Departamento de Salud Pública y Gestión en Salud, Universidad del Rosario.
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6 (1), 83-101.
- Carvajal, A. (2012). *Desarrollo local: teoría y práctica* [web log post]. Recuperado de <http://desarrollolocalteoriaypractica.blogspot.com/2012/01/henry-valencia-y-la-cultura-comunitaria.html>
- Rada, G. (2007). *Salud pública ¿Qué es y qué hace?* [web log post] Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INTRODUCTORIOS1.pdf>
- Restrepo, H. (2002). Experiencias del municipio de Versalles, Departamento del Valle: una mirada desde la promoción de la salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 20 (1), 135-144.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN- EXTENSIÓN

Diplomado en “Gestión social para la salud y empoderamiento, desde la RBC”

DIANA ALEXANDRA CAMARGO¹

CON EL APOYO DE YOLIMA LANCHEROS² Y ALEJANDRA VELÁSQUEZ³

Mayo del 2012

Introducción

La experiencia del diplomado surge como una necesidad de fortalecer el liderazgo, para mejorar la participación ciudadana y el diseño de propuestas locales, desde los líderes comunitarios de los enlaces locales de discapacidad, como mecanismos que apuntan al desarrollo inclusivo a favor de las personas con discapacidad. Como ejes principales en el desarrollo de las temáticas, se tuvieron los componentes de salud y empoderamiento desde la RBC, los cuales permitieron desarrollar competencias de participación ciudadana, para la incidencia de la toma de decisiones políticas a nivel comunitario.

Objetivo

Brindar herramientas de gestión social (gestión de proyectos, tecnologías de la información y gestión local) enmarcadas en los componentes de salud

¹ Fisioterapeuta, Msc. Salud Pública, profesora de práctica, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Colombia, área de profundización: Gestión social en Rehabilitación.

² Fisioterapeuta, Msc. Discapacidad e Inclusión Social, Universidad Nacional de Colombia.

³ Estudiante de X semestre del Programa de Fisioterapia, área de profundización: Gestión social en Rehabilitación.

y empoderamiento de la estrategia RBC, que posibiliten a los enlaces locales de discapacidad, la promoción de la inclusión social y el ejercicio de derechos de la población en situación de discapacidad.

Metodología

Se realizaron diez sesiones en los departamentos de Antioquia y Bolívar, cada una con una intensidad de ocho horas diarias, en las cuales se logró desarrollar competencias de ciudadanía y participación activa. Se realizó un test inicial que determinó los conocimientos previos de cada participante, en los que se identificaron sus fortalezas y debilidades en relación con el tema. Durante cada sesión se realizaron actividades teórico-prácticas que permitieron generar habilidades para la difusión del conocimiento en sus comunidades. A su vez, se implementó la creación de proyectos de propuestas comunitarias, a partir de la estrategia de Marco Lógico, como base fundamental para la incidencia de toma de decisiones políticas comunitarias.

Resultados

A través del diplomado se logró formar líderes comunitarios en los componentes de salud y empoderamiento, en temas como gestión social, gestión de proyectos, ciudadanía y sujetos de derechos, los cuales difundieron la información aprendida a las personas con discapacidad y a sus familias dentro de sus comunidades. Se identificaron falencias de tipo teórico al inicio del diplomado, en temáticas como discapacidad, ciudadanía, gestión social y gestión de proyectos, las cuales tuvieron un avance significativo al finalizar el diplomado, evidenciándose en los proyectos entregados por cada uno de los participantes y en el post-test realizado.

Conclusiones

El desarrollo de un lenguaje común en discapacidad entre los líderes comunitarios participantes en el diplomado y las comunidades en las que trabajan cada uno de ellos, permite avanzar en la eliminación de las representaciones sociales que generan exclusión social. Las herramientas obtenidas del diplomado en relación con la gestión proyectos, proporcionaron más herramientas para que los participantes formularan propuestas comunitarias, con el fin de ser presentadas en convocatorias (como la convocatoria interna propuesta por Handicap International para apoyar propuestas co-

munitarias). Esto permitió materializar el componente práctico del diplomado, para el logro de un aprendizaje significativo.

A partir de las tecnologías de la información y la comunicación desarrolladas en el diplomado como medio de acceso al conocimiento, se evidenciaron barreras en la implementación y suministro de herramientas y recursos tecnológicos especializados para el acceso y formación de líderes comunitarios participantes en el diplomado. La sociedad civil aún tiene instaurados imaginarios sociales de discapacidad en cuanto a la falta de independencia, aceptación social y cuerpo limitante, lo cual es una barrera que afecta la inclusión social en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla la persona, como el educativo y el laboral. Se desarrollaron competencias ciudadanas orientadas hacia la participación activa de cada uno de los participantes como sujetos de derechos, en diferentes escenarios, con el fin de acceder y participar en la toma de decisiones de procesos políticos.

Acceso a un programa de condiciones crónicas en un hospital del sector público

Enfoque territorial e intersubjetivo^{*}

DIANA ALEXANDRA CAMARGO,¹ CON EL APOYO DE LETTY QUINTERO,²
CINDY PALACIOS³ Y GINA DIAZ⁴

Introducción

Los esfuerzos del Gobierno para cumplir con las estrategias planteadas por la política pública para el envejecimiento y la vejez en Bogotá, Colombia, que tiene como propósito fundamental “promocionar un envejecimiento activo y transformar las condiciones de dependencia de las personas mayores para una vejez con dignidad en el Distrito Capital”, han presentado dificultades en el acceso a los programas que se ofrecen en las instituciones prestadores de servicios, lo que no ha permitido que se logre el objetivo principal de esta política, el cual es bridle una mejor calidad de vida a los adultos mayores

^{*} El resumen hace parte de un artículo aceptado para publicación en enero del 2014 en la *Revista de la Facultad de Medicina* de la Universidad Nacional de Colombia.

¹ Fisioterapeuta, Msc. Salud Pública, profesora de práctica, investigadora del área de profundización Gestión Social en Rehabilitación, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario.

² Asistente de investigación, Estudiante de X Semestre, Programa de Fisioterapia, área de profundización: Gestión Social en Rehabilitación.

³ Asistente de investigación, Estudiante de X Semestre, Programa de Fisioterapia, área de profundización: Gestión Social en Rehabilitación.

⁴ Asistente de investigación, Estudiante de X Semestre, Programa de Fisioterapia, área de profundización: Gestión Social en Rehabilitación.

y disminuir la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles que, además de ser patologías de alto costo, pueden generar situaciones de discapacidad a quienes las presentan. Es importante tener en cuenta que cuando se habla de acceso, este hace referencia a los factores que influyen en la utilización efectiva de servicios de salud y a las características de la entrada y el uso de estos (Secretaría Distrital de Salud, 2012).

Objetivo

Identificar las condiciones de acceso que tienen los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles a los programas de promoción y prevención, los cuales buscan el mantenimiento o restablecimiento de la salud y por ende el mejoramiento de la calidad de vida.

Metodología

Es un estudio mixto observacional, descriptivo-exploratorio que indaga acerca de las condiciones que influyen en el acceso de las personas mayores a los programas de prevención, control y seguimiento de las condiciones crónicas, reconociendo los determinantes estructurales y particulares que influyen en los estilos de vida y las percepciones de los sujetos, haciendo uso de instrumentos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos. Población objeto: personas mayores con condiciones crónicas registradas en el sistema de información de un hospital de la red pública. Muestra y muestreo: se cuenta con una población de aproximadamente 3250 personas mayores con condiciones crónicas, a partir de la cual se seleccionará una muestra estadísticamente representativa, con un intervalo de confianza del 95% y un error admisible de 0,05. Posteriormente se realizará un muestreo simple aleatorizado, con asignación de número al azar.

Resultados

Se evidencian dificultades en el proceso de seguimiento de los usuarios, debido a que el sistema de información se encuentra desactualizado y los campos de registro no son diligenciados adecuadamente, los datos son errados o incompletos. Igualmente, se evidencia que los pacientes no son remitidos a los talleres de promoción y prevención, por desconocimiento de los profesionales. Esto posiblemente afectó la asistencia de los pacientes al

taller, la cual fue del 0,25% de 3356 usuarios diagnosticados. El protocolo de ingreso al programa no es claro, por lo que no todos los usuarios conocen los procedimientos.

Estos resultados contrastan con un 85% y un 99% de los usuarios que asisten a la consulta al médico y comentan que se toman sus medicamentos. Por otro lado, las acciones desarrolladas desde salud pública no están articuladas con la consulta al médico, lo cual afecta la integralidad y el manejo de las condiciones crónicas de los sujetos. Por otro lado, en relación con los talleres, las personas que asisten evidencian que no se tienen en cuenta los factores relacionados con la accesibilidad geográfica, los días, los horarios para realizar la actividad y el tipo de actividades, lo que disminuye la adherencia. Otro determinante es la falta de continuidad de los programas, lo cual responde a las lógicas actuales de contratación y flexibilización laboral.

Conclusión

Frente al gran incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la alta demanda de los servicios de salud, se genera un reto para los sistemas de salud, los cuales comienzan a reorientar los servicios, al considerar primordiales las acciones promocionales y preventivas, al retomar los ejes estratégicos de la promoción de la salud planteados en la carta de Ottawa y los principios de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Sin embargo, los cambios dados en los sistemas, como consecuencia de la necesidad de sistemas eficientes y autosostenibles, así como por las condiciones socio-demográficas de las poblaciones, generan condiciones que afectan el acceso a los servicios por parte de la población.

Diferentes estudios realizados sobre la accesibilidad a los servicios de salud identifican barreras presentes en la población que asiste a los programas de promoción y prevención dirigidos a pacientes con condiciones crónicas, tales como: aspectos demográficos; situación socioeconómica; lugar de residencia; tipo de afiliación; creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud y las necesidades en salud; requisitos para acceder a los servicios y/o trámites administrativos; deficiencias en la información proporcionada por las instituciones; existencia de redes sociales de apoyo y mala calidad e integridad

de los servicios, en los cuales no logran reconocerse las necesidades de los sujetos en diferentes niveles análisis en los que se tengan en cuenta los determinantes estructurales, particulares y singulares.

Discapacidad y sexualidad

Una mirada desde los cuidadores y personas con discapacidad, localidades de Chapinero y Barrios Unidos, Bogotá, Colombia

DIANA ALEXANDRA CAMARGO¹

CON EL APOYO DE JENIFFER BARRERA² Y SANDRA MANCERA³

Octubre del 2012

Introducción

La restricción en el acceso a los servicios de salud en Colombia continúa siendo un factor relevante y perjudicial para el bienestar y desarrollo de toda la población; sin embargo, este factor puede ser más evidente en poblaciones en condición de fragilidad social, como la población con discapacidad, la cual ha afrontado por años calificativos estigmatizadores y discriminatorios que aumentan la exclusión social. Esta problemática además es evidente en otras líneas de acción como salud sexual y reproductiva (SSR) y salud materno-infantil, temas que no son visibles en la población con discapacidad y en las instituciones.

¹ Fisioterapeuta, Msc. Salud Pública, profesora de práctica, investigadora del área de profundización Gestión Social en Rehabilitación, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario.

² Asistente de investigación, estudiante de X Semestre del Programa de Fisioterapia, área de profundización: Gestión Social en Rehabilitación.

³ Asistente de investigación, estudiante de X Semestre del Programa de Fisioterapia, área de profundización: Gestión Social en Rehabilitación.

Objetivo

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas con discapacidad con respecto a la salud sexual y reproductiva (PSSR) de las personas con discapacidad.

Metodología

Enfoque cualitativo, estudio descriptivo-exploratorio.

Población objeto

Personas con discapacidad y/o cuidadores de los microterritorios Salud a su Casa, estratos 1 y 2 que vivan en las localidades de Barrios Unidos y Chapinero.

Muestra

No probabilística.

Muestreo

El muestreo es intencional o por conveniencia. Instrumento: se realizó una entrevista personalizada semiestructurada.

Resultados

La población que participó en la investigación estuvo conformada por dieciocho usuarios en condición de discapacidad, quienes se encontraban entre las edades de siete a sesenta años o más, con mayor participación del ciclo vital *envejecimiento y vejez* (sesenta años o más) y predominio del género femenino. Un alto porcentaje de la población en condición de discapacidad encuestada (61%) presenta un nivel de escolaridad culminada de básica primaria.

En relación con el tipo de discapacidad se observa un mayor porcentaje de personas con discapacidad motriz (50%), en comparación con otros tipos de discapacidad. Con relación al tema de SSR, los participantes mostraron gran interés por el conocimiento de este tema (83,3%), pero no conocen ningún programa enfocado en SSR, ya que no se los han dado a conocer desde la EPS a la cual pertenecen (77,7%). Sin embargo, consideran que este tipo de programas son muy importantes (44,4%) y deben implementarse en los sistemas de salud, para que sean desarrollados desde edades juveniles

(94,4%); es importante contar con la compañía de los padres o cuidadores a estas charlas, para el mejor conocimiento, educación y orientación de los programas de salud sexual y reproductiva (SSR) dentro de la población con discapacidad.

En relación con los conocimientos, el 50% de la población no tiene conocimientos previos de sexualidad o estos son básicos, lo cual se observa cuando se les pide que definan con sus propias palabras qué es sexualidad, lo que el 50% de los encuestados entienden como sexo o relaciones con la pareja (mujer o hombre), la mitad restante lo toma bajo sus propias concepciones como conocer su cuerpo y saber de él, “algo que nos une”, “matrimonio”, entre otras; sin embargo, al pedir la definición de reproducción, 38,88% de las personas respondieron que es tener hijos o criar. Con respecto al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, 72,7% de las personas piensan que es un tema bueno o importante, sin embargo, no lo reconocen.

Conclusión

Las personas con discapacidad y sus familias reconocen la importancia de recibir información y servicios relacionados con sexualidad, no obstante, no han tenido conocimiento del tema, no conocen los programas que ofrecen las instituciones prestadoras de salud y no reciben los servicios de salud sexual y reproductiva que son ofrecidos de manera gratuita por el sistema de salud, y que son dirigidos a toda la población, lo cual aumenta las brechas y las inequidades en el acceso a los servicios de salud para la población con discapacidad.

REFLEXIONES

¿Cómo es concebida la rehabilitación basada en comunidad en Colombia?

IVONN CÁRDENAS,¹ LORENA CARVAJAL¹

Noviembre del 2012

En muchas comunidades se ha adoptado la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) para apoyar a las personas en condición de discapacidad. Esta estrategia busca reducir la pobreza, aumentar la igualdad de oportunidades y el desarrollo comunitario, para de esta forma lograr la inclusión social de todas las personas con discapacidad. Siendo esta una estrategia de gran importancia en el país, el presente trabajo pretende analizar la implementación de la RBC en Colombia, reconociendo sus contribuciones a la construcción de política pública.

Esta estrategia, liderada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), propone integrar y articular gestiones en pro del desarrollo de las capacidades mentales y físicas de las personas con discapacidad, con el fin de lograr que sean unos actores activos dentro de su comunidad y de la sociedad, que puedan tener acceso a las oportunidades y servicios, promoviendo los derechos e involucrando a toda la comunidad, la cual ayudará a impulsar acciones de inclusión social (Salinas *et al.*, 2008).

¹ Estudiantes de IX Semestre del Programa de Fonoaudiología, Cátedra de Profundización II, Inclusión y Gestión Social, Área de Gestión Social en Rehabilitación.

García (2003) presenta la propuesta de rehabilitación basada en comunidad para Bogotá dentro de las políticas públicas. La autora define la estrategia de rehabilitación comunitaria como “el conjunto de acciones o intervenciones que buscan el desarrollo social de las personas con discapacidad y su reconocimiento como ciudadanos, a través de la oportuna entrega de servicios, promoción de la equiparación de oportunidades y protección de los derechos humanos”. Asimismo, define como ejes de la estrategia la formación, el desarrollo de habilidades y la gestión, ejes desarrollados con las personas, las familias y la comunidad, con los cuales se busca la equiparación de oportunidades en el reconocimiento como ciudadanos para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad (García, 2003). Por su parte, Chávez (2008) sostiene:

La Rehabilitación Basada en Comunidad es una propuesta que busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad fortaleciendo la entrega de servicios, promoviendo la equiparación de oportunidades y protegiendo los derechos humanos. Responde al cambio del cuidado institucional al cuidado en el hogar, a la restructuración del cuidado de la salud y provee entrenamiento tanto a los cuidadores como a los profesionales de las áreas sociales y de la salud, buscando ante todo el reconocimiento de la persona con discapacidad, como una persona con habilidades y destrezas para la realización de sus actividades.

Esto por medio de un trabajo conjunto con las familias, cuidadores, maestros y dirigentes de organizaciones comunitarias, permitiendo que las personas con discapacidad se desempeñen de manera más autónoma, tengan acceso a las oportunidades que ofrece la sociedad y estén a cargo de sus propias decisiones; de esta manera, se contribuye al desarrollo integral y a la sostenibilidad de la sociedad.

Para nuestra sociedad es muy importante reconocer el papel que desempeña la RBC, ya que cada vez más aumenta el número de personas en condición de discapacidad. Díaz *et al.* (2012) plantean en este sentido:

Se estima que en el mundo existen aproximadamente 650 millones de Personas con Discapacidad (PD), que representan un 10% de la

población mundial. El 80% de estas personas vive en países denominados “en vías de desarrollo”, donde existen limitaciones para el acceso a servicios básicos y restricciones para la participación en la vida diaria de su comunidad.

Además, se estima que solamente un 2% de las PD de estos países tienen acceso a servicios de atención sanitaria y rehabilitación. Por su parte, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el censo de 1993 dice que en Colombia 593 618 personas están registradas con deficiencias.

Además, la condición de pobreza en nuestro país, debido a múltiples factores, como la violencia que se vive actualmente, agudiza las situaciones ya mencionadas. Es por eso que estrategias como esta buscan que las personas se apropien de la problemática para que de manera conjunta se busquen soluciones que siempre irán en pro de todos, mejorando la calidad de vida y la garantía de los derechos humanos de las personas que hacen parte de esa sociedad (Chávez, 2008). Es así como es importante resaltar la relación entre pobreza y discapacidad, la cual puede llegar a explicar las deficiencias en el acceso a la atención sanitaria, a la educación, a la formación y al trabajo, condiciones que pueden provocar pobreza y propiciar mayor probabilidad de presentar una discapacidad (Díaz *et al.*, 2012).

Por otro lado, están los aspectos culturales relacionados con la discapacidad. Se entiende que tanto el proceso salud-enfermedad-atención como las representaciones, saberes y prácticas relacionados con la discapacidad son fenómenos universales. Es por eso que la respuesta social a las enfermedades y a la discapacidad afirma la reproducción biopsicosocial de cualquier sociedad, y un área tradicional donde se ha ejercido un control social a nivel macro y microsocioal en casi todas las sociedades.

De esta manera, los aspectos culturales adquieren una especial relevancia en situaciones en las que los actores implicados se articulan mediante lógicas culturales diversas, en las que emergen representaciones, saberes y prácticas relacionados con la discapacidad (interculturalidad). La interrelación de diferentes lógicas culturales relacionadas con la salud, la enfermedad y la discapacidad origina una combinación que se caracteriza por la variabilidad y por relaciones de predominio y subalternidad. Así, el análisis

previo de las características de estas lógicas deviene imprescindible para el desarrollo exitoso de un programa de RBC (Díaz *et al.*, 2012).

La estrategia no es perfecta, tiene dificultades, entre las cuales encontramos el rol excesivo de los profesionales, que en su mayoría son extranjeros que trabajan en cooperación internacional y presentan valores y prácticas diferentes a los de la cultura con la cual se trabaja. La dificultad de la colaboración multisectorial es otro obstáculo: faltan recursos para la capacitación de los promotores comunitarios o para el mantenimiento de los programas, y hace falta también que la comunidad haga suyo el programa (Díaz *et al.*, 2012). Frente a esto Díaz *et al.* (2012) plantean:

la estrategia de RBC presenta una serie de dificultades e inconvenientes, entre los que destaca la sostenibilidad del programa. En este sentido, la participación de la comunidad en la planificación y desarrollo del programa es un factor fundamental, ya que nada de lo impuesto u ofrecido como regalo se mantendrá si carece de significado o si no da sentido de pertenencia a la persona que se atiende. La participación solamente se obtiene si se crean las motivaciones adecuadas para que la población sienta la necesidad de intervenir ante un problema social, por ella percibido, además de requerir la comprensión de los métodos que se utilizan, tanto a nivel individual como colectivo. Los dirigentes comunitarios tienen gran influencia en las decisiones finales que adopta la comunidad, por lo que en su abordaje deviene un factor fundamental para la sostenibilidad del programa, así como la inclusión en el programa de promotores procedentes de la propia comunidad.

Es por eso que cobra importancia la formación de promotores, quienes son considerados líderes en las comunidades y facilitadores de la implementación de la estrategia (Díaz *et al.*, 2012).

Para que la participación prevalezca dentro de las comunidades, es indispensable que la estrategia de RBC se ajuste a unas normas básicas. En primera instancia, se deben ofrecer las herramientas que la biomedicina ofrece a la comunidad, requiriendo la iniciativa y movilidad por parte del personal, y de esta manera establecer un plan de visitas con la actuación de los promotores dentro de las comunidades, consolidándose así su trabajo.

En segundo lugar, es indispensable situar la biomedicina al nivel de la cultura de la comunidad, porque se busca como objetivo final de la RBC, generar la actitud de inclusión y la rehabilitación de las personas con discapacidad en la comunidad, y no solo la imposición de la biomedicina. Por último, es muy importante adecuar esta al contexto sociocultural de la comunidad y así su aceptación en la comunidad; es quizás en este punto en el que pueden estar las falencias, por la dificultad de integración de la biomedicina en el contexto intercultural (Díaz *et al.*, 2012).

A pesar de las dificultades que pueda tener la estrategia, esta tiene una ventaja fundamental para su implementación, y es la flexibilidad que permite la adaptación para la aplicación en contextos socioculturales diferentes, en especial en aquellos en los que prime la interculturalidad. Como dicen Díaz *et al.* (2012), es muy importante:

el conocimiento de las características y las articulaciones entre los diferentes saberes y representaciones relacionados con la discapacidad, lo cual es indispensable para la sostenibilidad de un programa de RBC, por lo que previamente a la implementación de un programa de RBC se propone desde este artículo el desarrollo de una investigación en relación a las diferentes representaciones, prácticas y saberes relacionados con la discapacidad que estén presentes en un grupo social específico.

El análisis de la investigación se fundamentaría en que a partir de la información obtenida de parte de todos los actores implicados en una problemática específica, se logrará la relación de la discapacidad en el ámbito microsocial, articulándose con el aspecto macrosocial, para incorporar aspectos políticos y económicos de un grupo social para entender de manera correcta en ámbito microsocial (Díaz *et al.*, 2012).

Por otro parte, es importante mencionar la experiencia de Bogotá: en el 2005 la Secretaría Distrital de Salud de esta ciudad realizó una sistematización de la Experiencia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, y en este sentido afirma que la RBC “se ha constituido en una estrategia fundamental para el cumplimiento del objetivo del programa de prevención y manejo de la discapacidad, contribuyendo de esta forma al mejoramiento de la

calidad de vida de la población con discapacidad y sus familias en Bogotá” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2005).

También nos muestra cómo la RBC se ha “desarrollado a través de actividades dirigidas a la comunidad y organizadas en cinco ejes: formación, información, desarrollo de habilidades, concertación y gestión; de los cuales se desprenden las diferentes intervenciones que conforman la estrategia”, como se puede observar en la figura 1 (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2005).

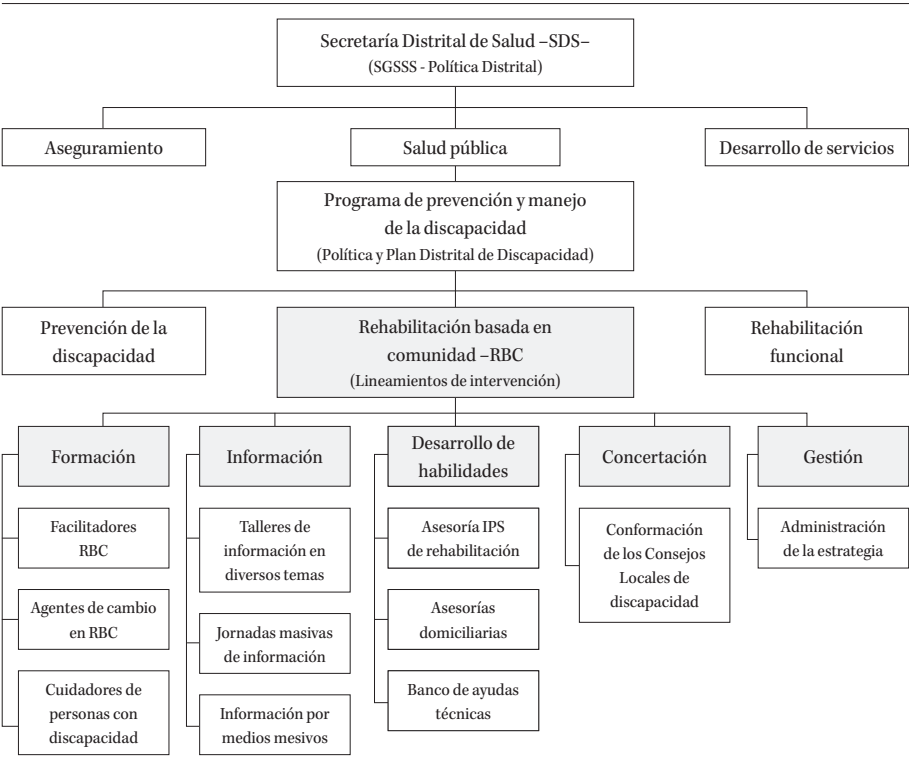


Figura 1. La Rehabilitación Basada en la Comunidad en el Distrito Capital

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Sistematización de la Experiencia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (2005)

Es por lo anterior que la Secretaría Distrital de Salud es un ejemplo en Colombia de cómo la RBC tiene un gran impacto en la sociedad. Algunos de los logros que esta institución ha tenido con la RBC son:

- Ampliación de cobertura a la atención de la población con discapacidad y sus familias en el Distrito Capital.
- Articulación y fortalecimiento de acciones de rehabilitación dadas desde las instituciones con las desarrolladas a través de las intervenciones de RBC.
- Conformación y funcionamiento de una red local o consejos locales de discapacidad, desde los cuales se originan y promocionan acciones y proyectos intersectoriales de sensibilización y mejoramiento de la situación de discapacidad que vive la comunidad.
- La socialización y el reconocimiento de logros obtenidos a través de las intervenciones de RBC desarrolladas en las localidades han fortalecido el poder de convocatoria para la participación en actividades que se promueven desde esta estrategia.
- La asignación presupuestal permanente por parte de la Secretaría Distrital de Salud, los aportes del Ministerio de la Protección Social y recursos económicos de los Fondos Locales de Desarrollo permiten mantener y ampliar las intervenciones que desarrolla la estrategia de RBC, al igual que proponer proyectos locales en beneficio de la población con discapacidad, sus familias y su comunidad.
- La orientación dada a la RBC, enmarcada en los planteamientos y propuestas dadas en las políticas, normas y planes nacionales, distritales y locales, permite que esta estrategia se fortalezca y tenga cada vez más apoyo gubernamental y comunitario (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2005).

Por otro lado, en el año 2007 se celebró en la ciudad de Bogotá el IV Encuentro Colombiano de Rehabilitación Basada en Comunidad, con el asocio del Sistema Distrital de Discapacidad, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, organizaciones internacionales y las universidades. Todos ellos, en conjunto, manifestaron lo siguiente:

Hacemos pública la voluntad concertada como producto del primer encuentro nacional de coordinadores, el primer encuentro de estudiantes y la cuarta versión del encuentro Nacional de RBC desde dos aspectos principales: 1. La Rehabilitación Basada en Comunidad RBC. 2. La consolidación de la RED de REDES en RBC.

En cuanto a la RBC dejaron claro que esta es:

... una herramienta para actuar en el desarrollo inclusivo permitiendo reconocer el entorno, diseñar respuestas, planear acciones, movilizar contenidos, articular esfuerzos del gobierno, organizaciones sociales y aportar sistemas de solución a situaciones comunes en grupos caracterizados y plenamente identificados.

Asimismo, afirmaron “que la estrategia de RBC, en el país, apoya las organizaciones de personas con discapacidad, las personas que las conforman y sus familias”.

En cuanto a las redes: “Reconocemos que la RED de REDES de RBC se activa hoy, después de recorrer un proceso de país, mediado por las características particulares y los recursos propios de cada zona del Territorio Nacional. Se fundamenta en valores y principios del reconocimiento del otro, respeta la diferencia, reconoce una nación pluriétnica y multicultural, con necesidades específicas, según cada subgrupo poblacional y su ubicación territorial con los mismos derechos.” En este importante encuentro las entidades participantes dejaron firmado el aseguramiento del trabajo de las diferentes organizaciones, para que se cumpla lo dicho y de esta manera implementar la RBC y la RED de REDES como objetivos estratégicos para la participación de la comunidad (Cortés *et al.*, 2007).

Los autores coinciden en asegurar que la RBC es una estrategia que ayudará al empoderamiento de diferentes actores sociales que identificarán sus propias necesidades, barreras y facilitadores, para generar alternativas que permitan el desarrollo de las personas y sus núcleos familiares; asimismo, que potencien el desarrollo de todas las personas con discapacidad y en situación de pobreza, con la participación de instituciones públicas y privadas, y en general a toda la comunidad, en la que se empezará a vivir el respeto mutuo y de los derechos humanos.

Es muy importante que en nuestro país se siga implementando esta estrategia, que como pudimos apreciar tiene beneficios muy grandes, y de esta manera poder con todos los actores involucrados implementar políticas públicas en pro de cualquier ser humano que tenga o no cualquier vulnerabilidad.

Referencias

- Cortés, O., Zambrano, H., Urrego, L., Cruz, I. y Zambrano, O. (2007). *Discapacidad Colombia*. Recuperado el 24 de noviembre del 2012, de <http://discapacidadcolombia.com/modules.php?name=News&file=print&sid=1636>
- Chávez, L. (2008). *Rehabilitación comunitaria: una propuesta orientada al desarrollo regional sostenible*. Recuperado el 10 de octubre del 2012, de <http://asis.umariana.edu.co/RevistaUnimar/publicaciones/RevistaUnimar46.html#/70/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2004). *Información estadística de la discapacidad*. Recuperado de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf
- Díaz, A. U., Sanz, V. S., Sahonero, D. M., Ledesma, O. S., Cachimuel, V. M. y Torrico, M. (2012). Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (1), 167-177. Recuperado el 13 de octubre del 2012, de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n1/a19v17n1.pdf>
- García, S. (2003). Construyendo rehabilitación comunitaria en grandes ciudades. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 3, 27-34. Recuperado el 10 de octubre del 2012, de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/147/129>
- Salinas, F., Lugo, L. y Restrepo, R. (2008). *Rehabilitación en salud*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2005). *Sistematización de la experiencia de Rehabilitación Basada en la Comunidad*. Bogotá. Consultado el 24 de noviembre del 2012, de <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Discapacitados/RBC/Sistematizaci%C3%B3n%20RBC%20Bogot%C3%A1.pdf>

Calidad de la atención en salud

Una mirada a la luz de la justicia social

JOHANNA CAMILA CASAS¹

Mayo del 2013

La revisión de la literatura evidencia que existe una dificultad para definir el concepto de calidad en la atención; aun así varios autores en un sinnúmero de artículos se han acercado a la construcción de un concepto. Sin embargo, una definición ampliamente conocida es la ofrecida por Lee y Jones, basándose en ocho “artículos de fe”, los cuales establecen atributos o propiedades de los procesos de atención y metas u objetivos del proceso. Los citados autores expresan claramente la idea de que los criterios de la calidad no son más que juicios de valor aplicados a muchos aspectos, características, ingredientes o dimensiones de un proceso llamado atención médica (Donabedian, 1966; Mears *et al.*, 2011).

Dada la complejidad para definir el concepto, a continuación se expone un modelo que intenta acercarse a una posible conceptualización. Este es el propuesto por Donabedian, en el cual se construye un marco que forma la base para comparar los indicadores de estructura, proceso y resultado. Este modelo ha sido adoptado por los grupos de auditorías para medir la calidad de la atención y, adicionalmente, proporciona una ruta conveniente para reducir la complejidad de los marcos de indicadores, con el fin de faci-

¹ Estudiante de IX Semestre del Programa de Fisioterapia, Cátedra de Profundización II, Inclusión y Gestión Social, Área de Gestión Social en Rehabilitación.

litar la comparación entre diversos sistemas de salud, identificando áreas de convergencia y divergencia (Mears *et al.*, 2011).

En este modelo la *estructura* se refiere a lo que sustenta la infraestructura y los recursos que una organización tiene en el lugar para lograr sus objetivos (recurso humano, recursos físicos, política y procedimientos). Los *procesos* se refieren a lo que la organización hace actualmente y los *resultados* se refieren a los resultados de lo que hace la organización (Mears *et al.*, 2011).

No debería faltar ninguno de los tres tipos de indicadores, lo cual significa que se deberían usar de manera sistemática, siempre y cuando sea posible. Los resultados y los procesos combinados ayudan a identificar si puede haber problemas o en realidad una práctica clínica excepcional. La información estructural puede ayudar a determinar las causas de los problemas o compartir lecciones de lo que constituye una buena práctica clínica (Mears *et al.*, 2011).

Es importante destacar que los indicadores de calidad son tan solo uno de los determinantes de la salud en las poblaciones, puesto que tanto históricamente como hoy en día los temas relacionados con la nutrición, el ambiente, los estilos de vida, la estructura de las sociedades y la pobreza, desempeñan un importante papel como determinantes de la salud, dado que han mostrado tener potentes efectos en la medición de la salud de las personas. En este caso, se puede tomar como ejemplo la notable disminución de enfermedades coronarias en mujeres estadounidenses entre 1980 y 1992, que por el solo hecho de cambiar el estilo de vida, la dieta y el tabaquismo, representan las dos terceras partes de la reducción en el 31% de dichas enfermedades (Mant, 2001).

Hoy en día existe una amplia necesidad de medir la calidad de la atención de los servicios, con el fin de proporcionar un juicio en términos de la eficacia de una organización en el cumplimiento de sus funciones, determinando así resultados positivos y/o negativos en los procesos y a partir de estos plantear planes de mejora dentro de la organización (Mears *et al.*, 2011).

Una forma de cuantificar la calidad asistencial es mediante el uso de indicadores validados de la calidad de la atención médica. Estos indicadores de calidad están destinados a medir el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de lograr resultados deseados para los individuos y las poblaciones y son coherentes con el conocimiento profesional actual;

pueden estar relacionados con las estructuras, que son las características del sistema de atención de salud y los proveedores, los procesos que se refieren al quehacer de los proveedores en la prestación de los servicios y, finalmente, pueden estar relacionados con los resultados de la atención en salud (Strombeck *et al.*, 2012).

En el contexto colombiano, el Decreto 1011 del 2006 define el concepto de *calidad de la atención de salud* de la siguiente manera:

Se entiende como la *provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa*, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), 2006). Énfasis añadido)

Así pues, resulta interesante analizar estos conceptos sobre calidad de la atención en salud, a la luz de lo que Nancy Fraser (2006) expone en su artículo “Reinventar la Justicia en un mundo globalizado”, en donde el enfoque principal es la dimensión política (representación), la cual constituye para esta autora uno de los tres pilares de la justicia, con una relación inextricable con los otros dos pilares: la dimensión económica (redistribución) y la dimensión cultural (reconocimiento).

Ahora bien, si se entra a analizar cada una de las palabras que componen la definición de calidad de la atención en salud en el marco normativo del SOGCS, se podría pensar que con este fragmento se está siguiendo un aspecto importante y en el que Fraser (2006) fundamenta gran parte de su análisis, lo cual es básicamente que las “acciones deben ser dirigidas a los colectivos más no a nivel individual”. Esto se estaría cumpliendo, pero no completamente respecto a lo que el SOGCS expone como la “provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos” (SOGCS, SGSSS, 2006), puesto que en estas líneas el hecho de incluir individual y colectivo al mismo tiempo, permite un margen de error que evidentemente oculta y favorece muchas de las acciones y malas prácticas por parte de las organizaciones y los proveedores de salud, generando la cara opuesta del objetivo de este escrito, *injusticia social en las poblaciones*.

De otro lado, al tomar el siguiente fragmento de la definición que se está comparando “de manera accesible y equitativa” (SOGCS, SGSSS, 2006), se evidencia una relación mucho más marcada con la concepción de John Rawls de la “justicia como equidad” (Vidal, 2009), refiriéndose a equidad como darle a cada quien lo que le corresponde según sus necesidades. De igual manera, al hablar de accesibilidad entra en juego la representación, así como la redistribución, a través de la cual se garantizan el derecho, en este caso a la salud, y no meramente salud, sino atención en salud de calidad. Pero, indudablemente, aquí lo ineludible y lo que hoy y ahora se está buscando es el *reconocimiento* que se le debe dar a las poblaciones por su valor y por sus capacidades.

Por ende, en este punto no podríamos seguir hablando del *reconocimiento*, sin incluir los aportes de la sociología, recordando que esta es la ciencia social que estudia los fenómenos colectivos de los seres humanos, en un contexto histórico-cultural en el que se encuentran inmersos (Real Academia Española, 2001). Así pues, para reforzar esta idea, Feagin menciona que la justicia social no solo es un derecho humano fundamental, sino que también es esencial para que una sociedad pueda ser sostenible a largo plazo. Asimismo, recalca que la justicia social no puede ser examinada solamente como la mala distribución de bienes y servicios, sino también respecto a las relaciones sociales responsables de esta mala distribución.

Estas relaciones sociales, las cuales pueden encontrarse en un rango que va desde las relaciones de poder opresivas centralmente hasta los mecanismos de discriminación menos centrales, determinan si los individuos, familias y otros grupos son excluidos de los recursos importantes de la sociedad y los procesos de toma de decisiones. Esto forma el desarrollo de las identidades grupales e individuales y el sentido de dignidad personal. Al final, la justicia social implica una reestructuración de los principales marcos de trabajo de las relaciones sociales en general (Feagin, 2001).

En este orden de ideas, la calidad de la atención en salud dentro de nuestro Sistema de Seguridad Social en Salud, debería basarse en un enfoque poblacional, teniendo como punto de partida lo que Fraser ha denominado los “pueblos originarios”, que por fortuna aún existen en nuestro territorio, pero que a su vez representan un arduo trabajo para el logro de la justicia social, puesto que el reconocimiento se ve enfrentado a injusticias

que pueden ser interpretadas como culturales, por ejemplo: la dominación desde las prácticas culturales, la invisibilización de sí mismos o la coacción.

Por lo tanto, es precisamente el *reconocimiento* el que permitirá la “conexión recíproca ideal entre los sujetos, donde cada uno ve al otro como su igual y también como separado de sí” (Fraser), situación que propende para que las comunidades logren empoderarse, y como muy sabiamente lo dijo Aristóteles: “actuar de manera consecuente” en la dimensión política, mediante la exigibilidad y abogacía de sus derechos, sin esperar que sean las instituciones las que den ese primer paso. En consecuencia, muchas de las barreras ambientales tanto internas como externas podrían ser superadas y se empezaría a trabajar sobre la base del cumplimiento de los indicadores de la calidad, tanto en la estructura como en los procesos y los resultados, así como en la amplia gama de dimensiones de la calidad (Kelley y Hurst, 2006).

Dado esto, es conveniente resaltar que desde la perspectiva actual, muchos autores sustentan que el sujeto no debe abordarse desde una mirada diferencial o antropocéntrica, sino desde lo poblacional, para lo cual García-Ruíz *et al.* postulan que a raíz de la construcción de políticas a finales de la primera década del siglo XXI y comienzos del 2010 se conjugan varios escenarios, es así como producto del proceso de focalización emergen grupos poblacionales, que siempre han existido, pero que buscan su reconocimiento. Es entonces cuando las políticas pasan de ser postulados meramente filosóficos y conceptuales a ser normadas por acuerdos del Concejo de Bogotá (2008, 2012) o por decretos de la Alcaldía Mayor. La intención de esto es garantizar la obligatoriedad de su cumplimiento por parte de todos los habitantes de la ciudad (García *et al.*, 2010).

En este punto cabe resaltar aún más lo propuesto por Jaramillo (citado por García *et al.*, 2010), en cuanto a la reflexión actual que permite trascender la mirada segmentada de las poblaciones que surgen desde el énfasis por una característica, condición o situación, hacia una comprensión de las relaciones existentes entre estas características y los distintos grupos de poblaciones; esto ha sido llamado por algunos autores *interseccionalidad* (García *et al.*, 2010).

Con lo anterior y retomando uno de los temas centrales de este escrito, calidad de la atención en salud, se podría tomar como ejemplo aplicable a dicho tema el abordaje desde las etapas del ciclo vital, al ser esta categoría un continuo transcurrir en la existencia de los individuos, y por ende de las

poblaciones, en el cual se deben generar de base políticas con un sentido poblacional, puesto que sin interesar la etapa en la que se encuentre el sujeto, en algún momento va a demandar la atención en salud y esta no puede ser negada por no encontrarse en la niñez, en la juventud, en la vejez o en la adultez; puesto que aquí lo que se refleja es la exigibilidad de un derecho a la salud, consagrado en nuestra Constitución Política como derecho fundamental dada la conexidad principal con el derecho a la vida.

Referencias

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166-206.
- Feagin, J. (2001). Social Justice and Sociology: Agendas for the Twenty-First Century: Presidential Address. *American Sociological Review*, 66 (1), 1-20.
- Fraser, N. (s.f.). Reinventar la justicia en un mundo globalizado. *New Left Review*, (36), 31-50.
- García-Ruiz, S., Ruiz-Varón, E., Díaz-Hernández, T., Rozo-Lesmes, P. y Espinosa-de Gutiérrez, G. (2010). *El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas*. Recuperado de [http://salud.univalle.edu.co/escuelas/rehabilitacion/Logros/Publicaciones/523_11._el_enfoque_poblacional_las_personas\[1\].pdf](http://salud.univalle.edu.co/escuelas/rehabilitacion/Logros/Publicaciones/523_11._el_enfoque_poblacional_las_personas[1].pdf)
- Kelley, E. y Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*. Recuperado de <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/36262363.pdf>
- Mant, J. (2001). Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal of Health Care Quality*, 13 (6), 475-480.
- Mears, A., Vesseur, J., Hamblin, R., Long, P. y Den Ouden, L. (2011). Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators. *International Journal of Health Care Quality*, 23, 637-644.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22^a ed). Recuperado el 17 de abril del 2013, de <http://lema.rae.es/drae/?val=sociologia>
- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (2006).

- Decreto 1011*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/sistemaobligatorio.aspx>
- Strombeck, B., Petersson, I. F. y Vliet, T. P. (2012). Health care quality indicators on the management of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: a literature review. *Rheumatology*.
- Vidal, P. (2009). La teoría de la justicia social en Rawls. ¿Suficiente para enfrentar las consecuencias del capitalismo? 8 (23), 225-246. *Revista de la Universidad Bolivariana*.

Este libro fue compuesto en caracteres Kepler Std 11.5
puntos, impreso sobre papel propal de 70 gramos y
encuadernado con método *hot melt* en septiembre de
2015 en Bogotá D. C., Colombia
Xpress. Estudio Gráfico y Digital. S.A.