Documento de investigación No. 13

FACULTAD DE REHABILITACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

TRANSVERSALIDAD DE DISCAPACIDAD LINEAMIENTOS 2006

Secretaría Distrital de Salud
Dirección de Salud Pública
Bogotá, D.C.

Grupo de Investigación
en Rehabilitación e Integración Social
de la Persona con Discapacidad

Universidad del Rosario
Facultad de Rehabilitación
y Desarrollo Humano

Transversalidad de discapacidad lineamientos 2006 /Alix Solángel García Ruiz …[et. al]. -- Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2006.
22 p.: il., cuadros. – (Rehabilitación y Desarrollo Humano. Serie Documentos, Borradores de Investigación; 13)
ISSN: 1794-1318

Rehabilitación / Personas con discapacidades / Discapacitados – Legislación / Personas con discapacidades mentales – Legislación / Personas con discapacidades físicas – Rehabilitación / Rehabilitación – Políticas públicas – Colombia / I. María Victoria Carrillo Araujo / II. Ana María Cobos Baquero / III. Alix Solángel García Ruiz / IV. Martha Lucía Santacruz González / V. Título / VI. Serie.

© Editorial Universidad del Rosario
© Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano
© María Victoria Carrillo Araujo, Ana María Cobos Baquero, Alix Solángel García Ruiz, Martha Lucía Santacruz González
Todos los derechos reservados
Primera edición: Agosto de 2006
ISSN: 1794-1318
Impreso en Colombia

Para citar esta publicación: Doc.investig. Fac. Rehabil. Desarro. Hum.

Transversalidad de Discapacidad Lineamientos 2006*

Alix Solángel García Ruiz**
María Victoria Carrillo Araujo***
Ana María Cobos Baquero***
Martha Lucía Santacruz González***

1. Introducción

El Concepto de discapacidad se relaciona con la capacidad de las personas para la realización de sus actividades de la vida diaria y en la forma como interactúan con su propio entorno para la realización de las mismas. Se pasa de una visión eminentemente médica a una visión social. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud en el 2001, señala que la participación restringida de las personas con discapacidad en las actividades educativas, laborales y sociales ya no se considera como el resultado de sus limitaciones sino como producto de las barreras sociales, es decir de la relación de las personas con el entorno.

Recogiendo las reflexiones de García, 2005[1], las propuestas de acción con las personas con discapacidad deben abordarse desde el ámbito donde establecen sus relaciones acordes a su ciclo de vida y el de su familia; retomando el "modelo" de la perspectiva ecológica, implica para los actores del proceso: analizar y

---

* Documento elaborado con el concurso de los referentes de discapacidad de las localidades y profesionales especializados del Grupo de Discapacidad de la Dirección de Salud Pública. SDS. 2006. Este documento fue desarrollado gracias a la participación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. En él también cumplieron un papel importante José Fernando Martínez Lopera, Director de Salud Pública; Consuelo Peña Aponte, Jefe Área Análisis y Políticas en Salud; Martha Lucía Rubio Mendoza, Jefe Área Acciones en Salud; Patricia González Cuellar, Jefe Área Vigilancia en Salud; Solángel García, Coordinadora Discapacidad; Martha Santacruz, Grupo de discapacidad; María Victoria Carrillo, Grupo de discapacidad; Ana María Cobos, Grupo de discapacidad.

** Autora. Coordinadora grupo de discapacidad, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Miembro del grupo de investigación en Rehabilitación e Integración Social de la Persona con Discapacidad de la Universidad del Rosario.

*** Coautores. Profesionales grupo de discapacidad, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

1 García, S. La Rehabilitación Basada en Comunidad: estrategia de derechos humanos y calidad de vida. Bulletin World Federation of Occupational Therapist. Volume 51. May 2005.

comprender el ámbito donde viven las personas en su ciclo de vida, donde juegan roles y establecen relaciones; respetando su condición de género, etnia, cultura y discapacidad, quienes desempeñan un rol (trabajador, padre, escolar) en un ambiente familiar, escolar, comunitario, etc. (Ver Gráfico 1). La población con discapacidad comparte un territorio del dominio general (país, región, ciudad), con las particularidades de un ámbito en su ciclo de vida.

La discapacidad para la Secretaría Distrital de Salud, dentro del modo promocional de calidad de vida y salud, es entendida como una transversalidad (ver gráfico 2) teniendo en cuenta que ésta se relaciona con todos los proyectos de desarrollo de autonomía y con todos los ciclos de vida. Se propone entender la discapacidad como una condición de equidad, como la etnia, género o clase social, en tanto que busca el reconocimiento y el ejercicio de los derechos; así mismo, como un proceso que al cruzarse con los proyectos de desarrollo de autonomía propone e invita al desarrollo de acciones de prevención de la discapacidad.

En este contexto las acciones de discapacidad para el año 2006, desde la Secretaría Distrital de Salud, se desarrollan a través de dos estrategias, que buscan la Inclusión social de las personas con discapacidad y el desarrollo social de los territorios. La definición de estas estrategias se soporta en un modelo en un modelo social con enfoque familiar y comunitario (Ver gráfico 3).

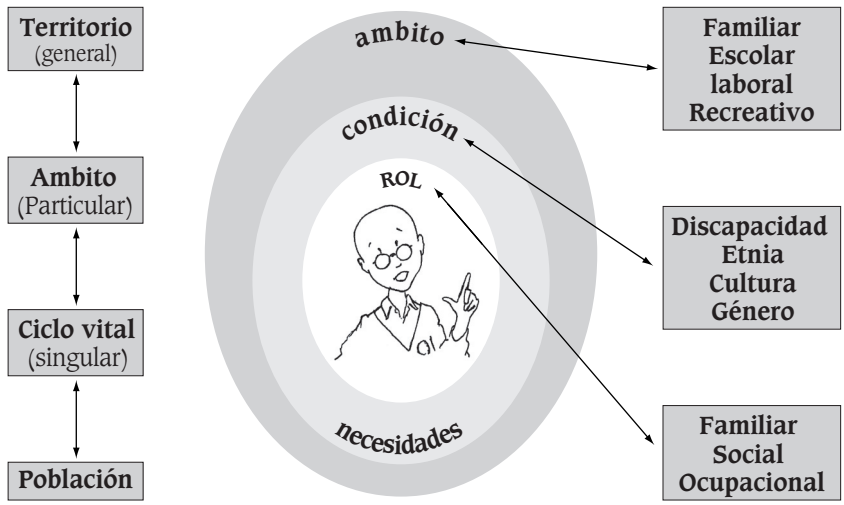
Así entonces, la rehabilitación institucional o funcional se centra en la atención a las personas y a las familias, y la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) se centra por su parte en la familia y la comunidad.

Las estrategias del trabajo de discapacidad son:

- **Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)**, la OMS en 1994, la describe como la estrategia eje para la igualdad de *oportunidades e integración social* de las personas con discapacidad; las intervenciones se caracterizan por ser la *combinación de esfuerzos* de personas con discapacidad y sus familias, afectando el vecindario, el lugar del trabajo, de recreación y la identificación de *barreras* para la participación y de *recursos y oportunidades.* (Citado por García, 2003).

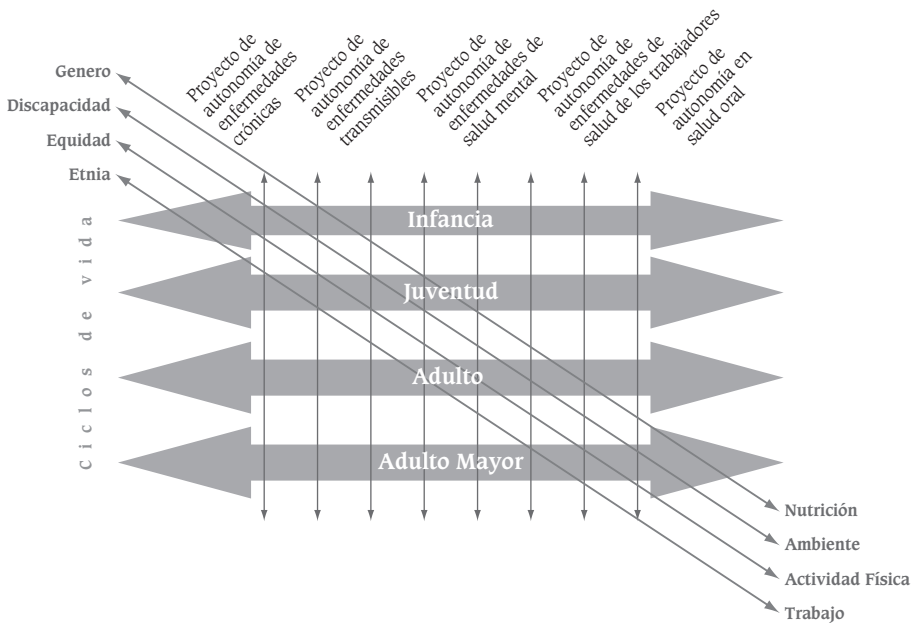
  La Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) comprende el conjunto de acciones o intervenciones que buscan el desarrollo social de las personas con discapacidad y su reconocimiento como ciudadanos; a través de la oportuna entrega de servicios, promoción de la equiparación de oportunidades

Gráfico 1. Transversalidad de Discapacidad



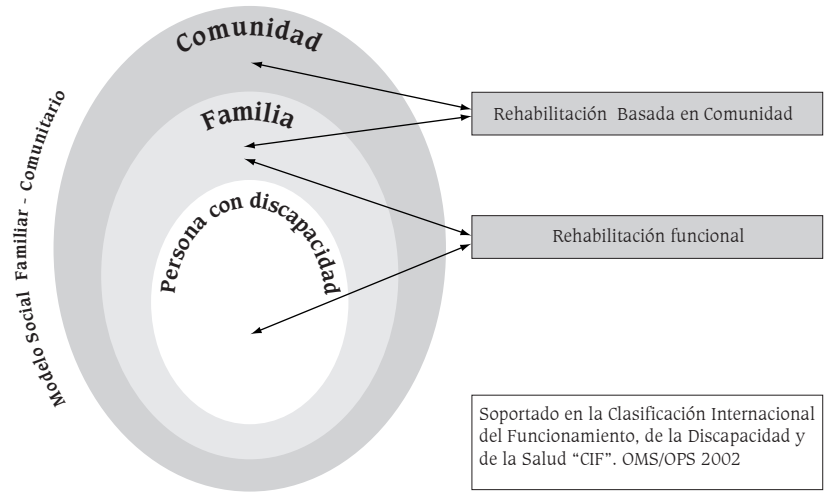
Fuente: García, S. RBC Estrategia de derechos humanos y calidad de vida. Bulletin World Federation Occupational Therapist Volume 51. May 2005.

Gráfico 2. Modo promocional de Calidad de Vida y Salud



Fuente: Dirección de Salud Pública. SDS, 2005.

Gráfico 3. Estrategias del trabajo de discapacidad en la SDS



y protección de los derechos humanos (García, 2003)[2]. Es entonces, una estrategia de intervención de base comunitaria que involucra a la persona con discapacidad, la familia y la comunidad, cuyas acciones se realizan en el entorno natural de la persona con discapacidad e integra diferentes sectores (grupo de referentes de discapacidad, 2005).

La RBC para la Secretaría Distrital de Salud, se desarrolla a través de los ejes de formación, información, desarrollo de habilidades, concertación y gestión con la persona con discapacidad, la familia, la comunidad y los profesionales de salud, quienes participan en la construcción de servicios requeridos en un ambiente comunitario no institucional.

- **Rehabilitación Institucional**, hace referencia a los procesos de rehabilitación que suceden dentro de las instituciones que en general buscan contribuir a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad y sus familias, a través de procesos de rehabilitación funcional.

  Presta sus servicios en instituciones como hospitales, institutos de rehabilitación, centros de rehabilitación, hospital de día y apoyo domiciliario. La

[2] García, S. Construyendo rehabilitación comunitaria en grandes ciudades. Revista Chilena de Terapia Ocupacional Nº 3: 27-34. Santiago de Chile. 2003.

Secretaría Distrital de Salud ha organizado la prestación de estos servicios en paquetes como:

- Estimulación adecuada,
- Rehabilitación funcional para discapacidades leves,
- Rehabilitación funcional para discapacidades moderadas y severas,
- Rehabilitación funcional domiciliaria para discapacidades severas,
- Rehabilitación funcional para discapacidades temporales,
- Evaluación para niños y niñas que ingresan al sistema educativo Distrital,
- Atención integral a niños y jóvenes que presentan alteraciones en el desempeño escolar.

2. Justificación

Los derechos de las personas con discapacidad han sido motivo de innumerables discusiones internacionales y nacionales en las últimas tres décadas; dadas en especial a partir de los derechos de los impedidos (1975), la promulgación de los programas de acción mundial para las personas con discapacidad (1982), la convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (1999) y la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2005), entre otras.

En Colombia el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad se inicia con la Constitución de 1991, donde en varios de sus artículos se contempla por primera vez a las personas con discapacidad. La década de los noventa es muy importante para el desarrollo normativo en Colombia con el Código del Menor, las leyes relacionadas con los derechos de las personas con limitaciones auditivas (Ley 324 de 1996) y la integración de las personas con discapacidad (ley 361 de 1997).

A su vez en Bogotá, esta postura se inicia en 1994 con la conformación del "Consejo Distrital para el Discapacitado" (Acuerdo 16 de 1994), reformado en 1999 como el "Consejo Distrital para las personas que presentan limitantes de carácter físico, psíquico y sensorial" (Acuerdo 22 de 1999) y modificado como "Sistema Distrital de Discapacidad" (Acuerdo 137 de 2004). Así mismo se han desarrollado otras normas que buscan el reconocimiento de la diferencia como son: El Código de policía, el Acuerdo 51 de 2002 sobre la atención preferencial de las personas con discapacidad, las mujeres en embarazo y el adulto mayor en las entidades distritales, y la política y el plan distrital de discapacidad, entre otras.

La Discapacidad y las condiciones de equidad

La Secretaría Distrital de Salud ha definido como condiciones de equidad el género, la clase social, el territorio y la etnia, a continuación se presenta la relación entre discapacidad y cada una de estas condiciones.

Discapacidad y género: En esta relación acorde con la información de los registros de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) de la Secretaría Distrital de Salud (2004) observamos que la proporción de hombres y mujeres con discapacidad es similar en cualquiera de los ciclos, el 95% de los cuidadores de personas con discapacidad son mujeres y el 98% de los profesionales de rehabilitación son mujeres. De otra parte, existe evidencia de movimientos sociales de mujeres con discapacidad que reclaman derechos sobre temas como la sexualidad y la maternidad. (Red de discapacidad y sexualidad, México, 2005).

Discapacidad y clase social: En nuestra percepción desde la coordinación de la Secretaría Distrital de Salud, en el tema de discapacidad no existe diferencia de clase para tener una condición de discapacidad, la diferencia existe en la oportunidad de acceso y en las dificultades de accesibilidad al espacio físico, a los servicios y en la discriminación social que por esta condición se dé.

Por otra parte, en el último año es un tema de discusión internacional por parte de las organizaciones de personas con discapacidad, quienes afirman que "la discapacidad genera pobreza y la pobreza genera discapacidad"[3] convirtiéndose en un circulo vicioso difícil de romper. En este mismo sentido en el informe de Colombia sobre pobreza y discapacidad, en el 2004[4], se propone incluir esta población dentro de los grupos vulnerables y no solo dentro de las políticas de discapacidad, es decir, que sea explícito dentro de las políticas sociales en especial aquellas dirigidas aminorar la pobreza.

Consecuentemente, las personas con discapacidades tienden a ser más pobres o a empobrecerse debido a la falta de trabajo, de ingresos económicos, servicios sociales, médicos y de rehabilitación. Así mismo, la persona pobre con

---

[3] Inclusión Internacional. Reporte del estado de pobreza y discapacidad en las Américas, octubre de 2004, URL http://www.inclusion-international.org/sp/ii_priority_areas/pr/index.html. Visitado 05/12/05.

[4] Buraglia de Escallón, IE. Informe para la iniciativa de pobreza y discapacidad en Colombia. http://www.discapacidadcolombia.com/Documentos/pobrezaydiscapacidad.doc. Visitado 05/12/05.

discapacidad está expuesta a la discriminación, exclusión, prejuicio compartido, supervisión y la negativa a participar y tener influencia en la sociedad.[5]

En este sentido afirma Jiménez[6], que las personas con discapacidad, incluidas las mujeres, los menores y las personas mayores están con más frecuencia en el grupo de los llamados de exclusión social.

Discapacidad y territorio: Las condiciones de accesibilidad a los espacios físicos, comunicación, transporte y actitud, varían de acuerdo a las características geográficas de los territorios, el reconocimiento de las personas con discapacidad depende del desarrollo social de estos, incluso de la posibilidad del reconocimiento a las diferencias por habilidades y capacidades que haga parte de los planes maestros o planes de ordenamiento territorial. En este sentido el Banco Interamericano de Desarrollo[7] incluye la inclusión social dentro de las estrategias de desarrollo social, desarrollo humano que abarque el ciclo de vida y los servicios integrales con enfoque territorial, entre otros.

Discapacidad y etnia: Desde la Secretaría Distrital de Salud no se cuenta con información de la relación entre discapacidad y etnia. Sin embargo, debe ser un tema de interés, en especial en lo relacionado con los grupos étnicos residentes en la ciudad de Bogotá.

Finalmente en cualquiera de las condiciones anteriores se observa que algunas personas con discapacidad son usadas o usan su discapacidad para generar caridad en la calle, hay abandono e indiferencia, falta de información en derechos y deberes y divulgación de los servicios lo que se puede definir en ausencia de reconocimiento de esta condición. Así mismo, desde los servicios en general hay dificultad de acceso, en el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y en la integralidad de los procesos de rehabilitación.

---

5 Inclusión Internacional. Reporte del estado de pobreza y discapacidad en las Américas, octubre de 2004, URL http://www.inclusion-international.org/sp/ii_priority_areas/pr/index.html. Visitado 05/12/05.

6 Jiménez Simón, JR. Procesos de exclusión: redes de participación en personas con discapacidad. IV Congreso estatal de educación especial. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.

7 Banco Interamericano de Desarrollo. Desarrollo Social - Desarrollo de la Estrategia. Washington D.C., agosto de 2003.

Discapacidad en cifras

Por otra parte, en términos cuantitativos encontramos que al proyectar los estimativos de la Organización Mundial de la Salud, del 10% al 12% de la población presenta una discapacidad en Bogotá, estaríamos hablando de aproximadamente 700 mil personas[8], a su vez según el censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) de 1993, se identifican en la ciudad aproximadamente 63 mil personas que corresponden al 2.1% de la población, datos que se confrontan con los resultados del censo experimental del 2003 realizado en el municipio de Soacha que identificó el 9.85% de la población con alguna discapacidad.

Así mismo, el 1.57% de la población identificada en los registros de salud a su hogar presenta una discapacidad[9]; estas cifras dejan ver la variabilidad de la información relacionada con la proporción de personas con discapacidad en la ciudad, se espera poder confrontar esta información con el Censo de población del 2005 y con el registro de localización y caracterización de la población con discapacidad 2005.

A su vez es necesario tener en cuenta que el 40% de los años de vida saludables que se pierden en Bogotá se debe a discapacidad y la causa que más aporta a este proceso son las enfermedades crónicas[10], se han presentado en Bogotá siete accidentes por minas antipersonales y 29 incidentes reportados por los hospitales de Usaquén, Vista Hermosa y Ciudad Bolívar[11], durante el 2004 se presentaron 24.533 lesionados por accidentes de tránsito en la ciudad de Bogotá con mayor incidencia en personas de 20 a 24 años[12], el 100% de la personas con discapacidad requieren dispositivos de tecnología para favorecer su independencia y autonomía[13] y en términos generales encontramos que el 5% de la población que requiere rehabilitación la ha recibido (Rehabilitación Internacional, 2004).

---

8 Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad. Bogotá. 2001.

9 Secretaría Distrital de Salud. Registros Salud a su hogar. Bogotá. 2006.

10 Gallardo, HM.; Rodríguez, J. La carga de enfermedad en Bogotá. Indicadores de años de vida ajustados por discapacidad (avisa) y mortalidad, 1985-1996. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 1999.

11 Observatorio de Minas Antipersonales. Vicepresidencia de la República. http://www.derechoshumanos.gov.co/minas/descargas/frecuenciadepartamento.pdf. Visitada 09/02/06.

12 Secretaría Distrital de Tránsito y transporte de Bogotá. http://www.transitobogota.gov.co/. Visitada 15/12/05.

13 Secretaría Distrital de salud. Registros de Rehabilitación Basada en Comunidad. Bogotá, 2005.

3. Identificación de los Núcleos problemáticos por ciclo vital

Infancia y Discapacidad

Según los *avisas*[14] en la población entre cero y cuatro años lo que más afecta son las anomalías congénitas y afecciones perinatales, en la población de 4 a 15 años en mujeres la cardiopatía reumática y anemia nutricional, y en hombres el asma bronquial y la epilepsia; así mismo, el 3.26% de los niños que nacen en un año en Bogotá presentan anomalías congénitas[15]; la población que más se ve afectada en las lesiones de causa externa en el hogar y en el ambiente educativo es la infantil[16] y la encuesta SISBEN registró 9.315 personas menores de 15 años con algún tipo de discapacidad, de los cuales el 36% son niveles 1 y 2.[17]

Así mismo, existe una clara relación entre los embarazos y partos de alto riesgo con la calidad de atención de los partos en la ciudad, la presencia de problemas de desarrollo y parálisis cerebral que se relacionan directamente con esta condición. Este fenómeno se observa en especial en localidades como Ciudad Bolívar donde la presencia de casos de niños con dificultades de desarrollo y parálisis cerebral es cada vez mayor.

Por otra parte, no existe una canalización oportuna a programas de estimulación adecuada o de rehabilitación de los niños con dificultades o deficiencias en cualquiera de las áreas de su desarrollo motriz, adaptativo, cognitivo y/o del lenguaje.

La información a padres y cuidadores no es suficiente y en ocasiones no es la más adecuada, existen movimientos sociales de padres de familia con hijos con discapacidad como las Asociaciones de padres de familia de los programas de Bienestar Social del Distrito, la Asociación de padres de familia con hijos con

---

14 Gallardo, HM., Rodríguez, J. La carga de enfermedad en Bogotá. Indicadores de años de vida ajustados por discapacidad (avisa) y mortalidad, 1985-1996. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 1999.

15 Garante, I. Vigilancia Epidemiológica de malformaciones congénitas en Colombia. Instituto de Genética Humana. Universidad Javeriana. 2002.

16 Secretaría Distrital de Salud. Registro de lesiones de causa externa. 2005.

17 Secretaría Distrital de Salud. Dirección de aseguramiento. Bogotá. Diciembre de 2005.

parálisis cerebral o la recién conformada Asociación de padres con hijos con Síndrome de Down quienes tienen como misión la búsqueda de los derechos y deberes de ellos y de sus hijos.

Save the Children[18] manifiesta que en países como Bolivia, Perú, Colombia y Honduras se considera la discapacidad como un castigo a la familia o una vergüenza, a los niños se les esconde, no se les relaciona con la sociedad, con lo que queda reducido al vínculo de la pobreza en que vive y a su vez de acuerdo con los parámetros culturales en los que se mueva la familia, una discapacidad puede ser concebida como un castigo o como una bendición.

Entonces, en la Secretaría las acciones principales deben orientarse en dos sentidos, la detección temprana y la atención oportuna en procesos de rehabilitación.

Juventud y Discapacidad

Según los *avisas* de discapacidad las principales afecciones de discapacidad en mujeres de 15 a 44 años corresponde a las enfermedades músculo-esqueléticas, anemias y afecciones neuropsiquiatritas, en hombres corresponderían a hernias e hipertensión arterial.

La Juventud es una etapa en el ciclo de vida que se pierde en muchas personas con discapacidad, quienes pasan de niños a adultos, siendo "niños eternos", en especial cuando existen dificultades cognitivas y/o mentales. En esta etapa del ciclo de vida encontramos que dentro de las actividades de la vida diaria las rutinas se restringen a procesos de rehabilitación, faltan oportunidades de formación vocacional y avocacional para la vida y hay dificultad para los procesos de integración regular escolar. Así mismo, no es clara la orientación y formación de las familias y profesionales en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad.

Por otra parte, la participación de los jóvenes con discapacidad existe en países como España, donde a través de la Comisión de Juventud del Consejo Español de Representantes de personas con discapacidad se construyen anualmente planes de acción orientados al reconocimiento de sus derechos y a la participación en escenarios políticos y locales. En Bogotá, durante la construcción de la política

---

[18] Entrevista a Save the Children. Periódico digital de discapacidad -Solidaridad Latinoamericana- No. 29. Octubre de 2005. http://www.solidaridadlatinoamericana.net/pg031005/notic_portada/articulo_entrevista_2.htm. Visitada 10/02/06.

de juventud en el 2005, se buscó la participación de los jóvenes bogotanos con discapacidad, encontrado alguna respuesta en la población con limitación auditiva; si embargo este es un llamado a buscar los jóvenes en la ciudad y promover su participación en diferentes escenarios.

Adulto y discapacidad

Según los *avisas* para las mujeres entre 45 a 59 años la principal afección de discapacidad es la artritis reumatoidea y en hombres la cardiopatía isquémica.[19]

El 95% de los cuidadores de personas con discapacidad son mujeres.[20] Los adultos con discapacidad generalmente son social y económicamente excluidos del empleo, educación e ingresos y el 40% de las personas en edad de trabajar requieren ayudas técnicas[21], menos del 2% de las personas con discapacidad en Bogotá trabajan.[22]

De acuerdo con los reportes de la estrategia de rehabilitación basada en Comunidad de los Hospitales[23], se evidencia que en las personas con discapacidad y sus grupos familiares la orientación de los programas hacia la elaboración de los procesos de duelo y aceptación de la condición de discapacidad no ha sido suficiente para ellos.

Por otra parte, no se cuenta con el apoyo del sector laboral para la inclusión a la vida productiva, información que se corrobora con los resultados de la evaluación del plan distrital de discapacidad 2001-2005[24], donde la línea de menor desarrollo fue la relacionada con los procesos laborales.

---

19 Gallardo, HM.; Rodríguez, J. La carga de enfermedad en Bogotá. Indicadores de años de vida ajustados por discapacidad (avisa) y mortalidad, 1985-1996. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 1999.

20 Secretaría Distrital de Salud. Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad. Registro de asesorías domiciliarias 2004. Bogotá.

21 Hernández, J. Marco de referencia para la política económica en discapacidad y la rehabilitación en Colombia. Tesis de grado para obtener título de maestría en discapacidad. Universidad Nacional. Bogotá, 2005.

22 Proyecto jobcentre, 2005.

23 Reportes de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad de los Hospitales Públicos de la ciudad de Bogotá, 2004.

24 Secretaría Distrital de Salud. Evaluación Plan Distrital de discapacidad 2001-2005. Bogotá, diciembre de 2005.

Adulto mayor y discapacidad

Según los *avisas* por discapacidad en la población de 60 años y más las principales afecciones de discapacidad en mujeres se deben a enfermedades neuropsiquiátricas, neumonías, cardiopatía isquémica y enfermedad pulmonar obstructiva; en hombres a enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la cardiopatía isquémica. En Estados Unidos en 1999 el 19.7% de los adultos mayores presentan una discapacidad.[25]

Por otra parte, en algunos discursos se asimila adulto mayor a discapacidad, donde debemos entender que es posible que se presenten algunas restricciones o limitaciones en algunas actividades de la vida diaria, pero, ello no significa que los adultos mayores presenten alguna discapacidad.

Sin embargo, desde nuestro punto de vista ello nos lleva a pensar que se requieren servicios que satisfagan las necesidades del rol ocupacional en relación con tiempo libre y autocuidado, y la divulgación de programas de actividad física, nutrición y tabaquismo.

Con este panorama se pueden definir cuatro núcleos problemáticos dentro de la transversalidad de discapacidad relacionados con los determinantes, con el reconocimiento de la población, con la información y con la continuidad de los procesos.

Relacionados con los determinantes en especial, encontramos procesos como la salud materna-infantil, la prevención de accidentes, las enfermedades crónicas y transmisibles entre otras; relacionados con el reconocimiento de las personas vemos en términos de equidad (acceso, accesibilidad y derechos humanos), en servicios de salud y rehabilitación (no integrales, aseguramiento, referencia y contrarreferencia, ayudas técnicas y servicios adecuados); con relación a la información (orientación del manejo de la discapacidad, derechos y deberes, servicios en general); y en lo que se refiere a continuidad de los procesos (rotación de los profesionales, tipo de contratación, formación de talento humano). Este último núcleo aunque no se ve claro en la problemática descrita es necesario enunciarlo porque estas circunstancias afectan los procesos que se desarrollan en las localidades.

---

[25] 1999 National Long-Term care Survay. USA PNAS, 2001 citado por Pedro Paulo Marín, Centro de Geriatría y Gerontología. Pontificia Universidad Católica de Chile. http://www.uc.cl/adultomayor/html/presentaciones/3.ppt. Visitado 15/02/06.

4. Objetivos general y específicos

Objetivo general:

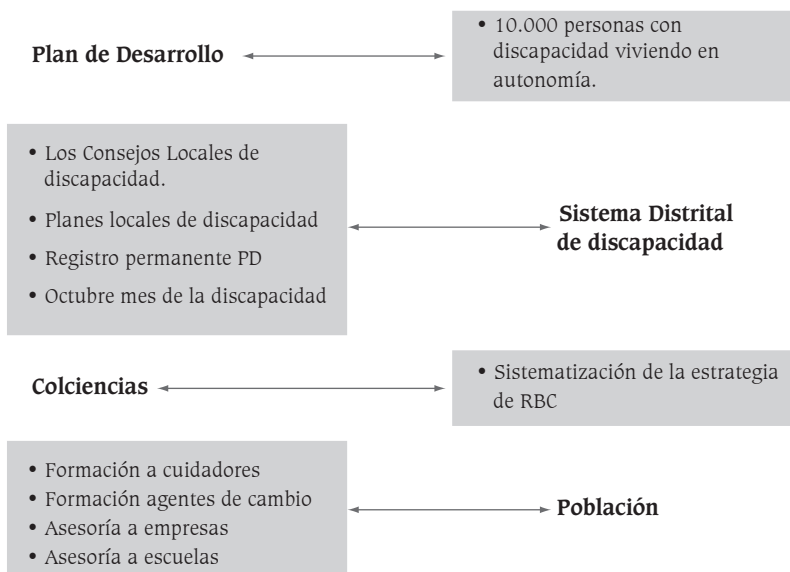
Contribuir al desarrollo social de los territorios a través de la promoción de la inclusión social y el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad.

Objetivos específicos:

- Desarrollar la autonomía de las personas con discapacidad y sus grupos familiares.
- Promover la participación de las personas con discapacidad en los diferentes espacios de decisión política y social de la localidad.
- Potenciar el ejercicio de la ciudadanía de las personas con discapacidad en su contexto local.

5. Metas Distritales

Gráfico 4. Transversalidad de discapacidad - Metas Distritales



En el gráfico 4 se observan las metas distritales y los demás compromisos que desde esta transversalidad se tienen para la actual administración. Están ordenadas de la siguiente manera: dentro del Plan de Acción se encuentra la primera meta para el periodo de cuatro años, que hace referencia a 10.000 familias con personas con discapacidad viviendo en autonomía y se logra a través de las asesorías domiciliarías para las personas con discapacidad.

A su vez, desde el Sistema Distrital de Discapacidad (Acuerdo 137 de 2004) para este año tenemos: el fortalecimiento de los consejos locales de discapacidad, la construcción del plan local de discapacidad, la continuidad del proceso de registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad y las actividades relacionadas con octubre el mes de las personas con discapacidad.

Por otra parte, tenemos el proyecto de investigación de Sistematización de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) que busca la construcción de un modelo de RBC aplicable a Colombia, el cual, comienza su segundo año e inicia la fase piloto en el que participarán las localidades de Usaquén, Barrios Unidos y Tunjuelito. A su vez, desde el desarrollo de las actividades que se vienen haciendo en años anteriores se han establecido compromisos con la población, los cuales se relacionan con la formación a cuidadores, agentes de cambio y las asesorías a las empresas y a los colegios.

6. Categorías para ordenar las acciones

Dentro de la transversalidad de discapacidad se han definido tres orientaciones en la forma como se organizan o categorizan las acciones. Desde el plan de acción de la transversalidad de discapacidad, los ejes de la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y la armonización en los componentes de la salud pública (Gestión local, vigilancia en salud pública y ámbitos). Éstas son:

- *Plan de acción de la transversalidad de discapacidad para el 2006*, Ver tabla 1, las acciones se organizan con relación a la política, los sistemas de información en discapacidad, la formación de profesionales, la construcción de guías y lineamientos, la comunicación y las acciones en las localidades. Estas acciones se desarrollaran bajo convenios que tiene la Secretaría con los Hospitales de la red pública y universidades.

Tabla 1. Transversalidad de discapacidad
Plan de acción de discapacidad - 2006

CATEGORÍA	PRODUCTOS
Política	*Construcción de la política pública y del Plan Distrital para personas con Discapacidad. *Participación en el Consejo Distrital y en el Comité Técnico Distrital de Discapacidad.
Sistemas de información	*Construcción del sistema de información en discapacidad. *Continuidad en el Registro de personas con discapacidad. *Organización de las bases de datos de usuarios, tecnología, etc.
Formación de Profesionales	*Formación - diplomado en rehabilitación basada en comunidad. *Encuentro Nacional de Rehabilitación Basada en Comunidad. *Pasantías y prácticas de las universidades. *Asesoría y formación a coordinadores locales de discapacidad de los hospitales.
Lineamientos y Guías	*Construcción del modelo de rehabilitación basada en Comunidad: segunda fase, prueba piloto. *Construcción del modelo de atención para la prestación de los servicios de Rehabilitación. *Ajuste a los lineamientos en rehabilitación basada en comunidad. *Ajuste a los lineamientos de banco de ayudas técnicas. *Ajuste a los paquetes para la prestación de servicios de rehabilitación. *Elaboración de guías de rehabilitación integral. *Definición de competencias entre los sectores. *Promoción de la participación social.
Comunicaciones	*Inclusión del tema de discapacidad en la serie de TV y radio sobre restitución de los derechos de la Dirección de Aseguramiento. *Boletín informativo - afiches - volantes - video. *Publicaciones sobre la caracterización de las personas con discapacidad, cuentos de la RBC y otros relacionados con la estrategia. *Segunda fase de Maloka, continuar con la construcción del modulo interactivo de discapacidad y realizar acciones de sensibilización en las localidades. * Actualización de la página web.

Continúa...

CATEGORÍA	PRODUCTOS
Acciones en las localidades	*Acciones en ámbitos: Barrial / Familiar / Comunitario / Escolar / Institucional. *Acciones en gestión local: Consejo Local de Discapacidad. *Acciones en vigilancia en salud: Registro de discapacidad. *Otros proyectos o acciones que se realicen en las localidades.

- Los ejes bajo los cuales se han organizado las acciones dentro de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) son: formación, información, gestión, desarrollo de habilidades y concertación, a través de estos se desarrollan acciones que interactúan de manera permanente y complementaria. Ver gráfico 5.

  El conjunto de estas acciones locales busca la inclusión social de las personas con discapacidad manifiesta en proyectos locales y distritales. Ejes como el de la concertación se dirigen hacia la posición política o la puesta de la discapacidad en la agenda política de la localidad; sin embargo, esta acción debe soportarse en los procesos que se dan en todos los demás ejes.
- La organización de las acciones desde la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en el contexto de los ámbitos de vida cotidiana definidos por la Secretaría Distrital de Salud, se describirá en el numeral 7 de este documento.

Gráfico 5. Ejes de la Rehabilitacion Basada en Comunidad

Fuente: García, S. (2003) citado por OPS/Glarp/SDS. Sistematización de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad. Bogotá 2004. Adaptada SDS 2006.

7. Estrategias de intervención por componentes del PAB y los diferentes ámbitos

Tabla 2. Transversalidad de discapacidad en los componentes del PAB

Vigilancia en Salud Pública	Gestión Local	Ámbitos
Registro y caracterización de la población con discapacidad	Consejo Local de Discapacidad	Escolar, Barrial, Familiar, Laboral, IPS, Institucional.

Tabla 3. Transversalidad de discapacidad y su acción en los diferentes ámbitos

ÁMBITO		CATEGORÍAS DE ACCIÓN	ACCIONES DESDE DISCAPACIDAD
ESCOLAR	ESCUELAS	SEGUIMIENTO A CASOS	Captación y canalización de niños con discapacidad detectados en los IED a la estrategia de RBC.
			Detección temprana de la condición de discapacidad en niños de los IED.
	JARDINES	ASESORÍA TÉCNICA	Detección temprana de la condición de discapacidad en niños y niñas de los jardines de la localidad.
			Canalización de la población con discapacidad identificada a programas de rehabilitación institucional.
			Seguimiento con las aseguradoras y padres de familia para la vinculación de los niños a RI.
LABORAL		TRANSFORMACIÓN DE ENTORNOS	Caracterización de las condiciones de trabajo para la inclusión laboral de la persona con discapacidad.
		ASESORÍA A EMPRESAS	Asesorías a empresas para promover la vinculación de personas con discapacidad en el sector formal
BARRIAL		EVENTOS, ESPACIO PÚBLICO Y CIUDADANÍA EN SALUD	Jornada Local de discapacidad. Foro Local de discapacidad.
		CONSTRUCCIÓN, FORTALECIMIENTO DE ORGANIZACIONES SOCIALES Y TEJIDO SOCIAL	Promoción de grupos y organizaciones de personas con discapacidad y de familias de personas con discapacidad.
			Cuidando a cuidadores.
			Fortalecimiento de grupos de cuidadores.
			Sistematización de RBC en tres localidades para la creación de un modelo para Colombia (Tunjuelito, Barrios Unidos, Usaquén).
		PROCESOS DE DESARROLLO PSICOSOCIAL	Formación de agentes de cambio.
			Fortalecimiento a agentes de cambio formados.

Continúa...

ÁMBITO	CATEGORÍAS DE ACCIÓN	ACCIONES DESDE DISCAPACIDAD
IPS	INSTITUCIONES AMIGAS DE LA DISCAPACIDAD	Diagnostico situacional.
		Plan de mejoramiento.
FAMI-LIAR	VISITA DOMICILIARIA	Asesorías domiciliarías.
		Seguimientos a asesorías domiciliarias.

8. Mínimos irreductibles por ciclo y por ámbito

Se refiere a las metas y actividades que deben realizar cada una de las localidades para cumplir con los compromisos adquiridos por la Secretaría.

9. Indicadores de logro y de resultado

Los indicadores de las acciones de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) se organizan a partir de las siguientes categorías:

- Autonomía
- Participación
- Ciudadanía

10. Perfiles sugeridos

- **Terapeutas físicos, ocupacionales, fonoaudiólogos con experiencia y/o formación en procesos de desarrollo comunitario**

  Con conocimientos en:

  - Políticas internacionales, nacionales, distritales y locales relacionadas con discapacidad.
  - Derechos y deberes de las personas con discapacidad.
  - Rehabilitación basada en comunidad.
  - Clasificación del funcionamiento, la discapacidad y la salud, CIF 2001.
  - Manejo de la discapacidad desde enfoques ecológicos.
  - Manejo de bases de datos y programas.

Con habilidades en:

- Comunicación y manejo de la información.
- Liderazgo, conciliación y concertación.
- Organización de grupos.
- Planeación y coordinación de los procesos.
- Gestión de proyectos.
- Relaciones interpersonales.

• Auxiliar de enfermería

Con conocimientos en:

- Rehabilitación Basada en Comunidad.

Con habilidades en:

- Liderazgo, concertación.
- Comunicación y manejo de la información.
- Organización de grupos.
- Relaciones interpersonales.

• Agente de cambio en Rehabilitación Basada en Comunidad

Con conocimientos en:

- Formación en agentes de cambio de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en uno de los hospitales de la red pública de Bogotá.

Con habilidades en:

- Liderazgo, concertación.
- Comunicación y manejo de la información.
- Organización de grupos.
- Relaciones interpersonales.

Cada localidad debe contar con el número de profesionales, auxiliares y agentes de cambios requeridos para cumplir con las metas y actividades que están definidas en los lineamientos de cada acción.

Bibliografía

Banco Interamericano de Desarrollo. Desarrollo social-Desarrollo de la estrategia. Washington D.C., agosto de 2003.

Buraglia de Escallón, IE. Informe para la iniciativa de pobreza y discapacidad en Colombia. En línea: http://www.discapacidadcolombia.com/Documentos/pobrezaydiscapacidad.doc. Visitado el 05/12/05.

Entrevista a Save the Children. Periódico digital de discapacidad. Solidaridad Latinoamericana. Núm. 29, octubre de 2005. En línea: http://www.solidaridadlatinoamericana.net/pg031005/notic_portada/articulo_entrevista_2.htm. Visitado el 10/02/06.

Gallardo, H.M.; Rodríguez, J. La carga de enfermedad en Bogotá. Indicadores de años de vida ajustados por discapacidad (avisa) y mortalidad, 1985-1996. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 1999.

Garante, I. Vigilancia Epidemiológica de malformaciones congénitas en Colombia. Instituto de Genética Humana. Universidad Javeriana, 2002.

García, S. "Construyendo rehabilitación comunitaria en grandes ciudades". En: Revista chilena de Terapia Ocupacional, núm. 3, Santiago de Chile, 2003.

García, S. "La Rehabilitación Basada en Comunidad: estrategia de derechos humanos y calidad de vida". En: Bulletin World Federeation of Occupational Therapisy. Volume 51. May 2005.

Hernández, J. Marco de referencia para la política económica en discapacidad y la rehabilitación en Colombia. Tesis de grado para obtener al título de maestría en discapacidad. Universidad Nacional. Bogotá, 2005.

Inclusión internacional. Reporte del estado de pobreza y discapacidad en las Américas, octubre de 2004. En línea: http://www.inclusion-international.org/sp/ii_priority_areas/pr/index.html. Visitado el 05/12/05.

Jiménez Simón, JR. Procesos de exclusión: redes de participación en personas con discapacidad. IV Congreso estatal de educación especial. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.

Observatorio de Minas Antipersonales. Vicepresidencia de la República. En línea: http://www.derechoshumanos.gov.co/minas/descargas/frecuenciadepartamento.pdf. Visitado el 09/02/06.

Proyecto jobcentre, 2005.

Reportes de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad de los Hospitales Públicos de la ciudad de Bogotá, 2004.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de aseguramiento. Bogotá. Diciembre de 2005.

Secretaría Distrital de Salud. Evaluación Plan Distrital de discapacidad 2001-2005. Bogotá, diciembre de 2005.

Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad. Bogotá, 2001.

Secretaría Distrital de Salud. Registro de lesiones de causa externa. 2005.

Secretaría Distrital de Salud. Registros de Rehabilitación Basada en Comunidad. Bogotá, 2005.

Secretaría Distrital de Salud. Registros salud a su hogar. Bogotá, 2006.

Secretaría Distrital de Tránsito y Transporte de Bogotá. En línea: http://transitobogota.gov.co/. Visitado el: 15/12/05.

1999 National Long-Term care Survay. USA PNAS, 2001 citado por Pedro Paulo Marín, Centro de Geriatría y Gerontología. Pontificia Universidad Católica de Chile. En línea: www.uc.cl/adultomayor/html/presentaciones/3.ppt. Visitado el 15/02/06.