

**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA**

**RED DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD DE LA SDS
ESTRATEGIA PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Transversalidad Discapacidad

**DOCUMENTO TECNICO 2012
Periodo Septiembre 2012 – Febrero 2013**

Equipo Técnico Discapacidad

Dirección de Salud Pública

Adriana Ariza Ariza
María Victoria Carrillo Araujo
Marcela González Barrera
Héctor Henry Henao Alzate
Martha Lucía Santacruz González

Dirección de Desarrollo de Servicios

Livainté Gómez

UEL Salud

Magaly Núñez

Bogotá, D.C. Septiembre 2012

PRESENTACION

En el marco general del Plan de desarrollo Bogotá Humana 2012-2016 se asume al ser humano como el referente central de la política pública y apuesta porque la ciudad se convierta en un entorno en el que se promueven las capacidades y las libertades ciudadanas, en condiciones de seguridad y sin ningún tipo de segregación cultural, social, económica o territorial. De acuerdo con esto, el equipo técnico de discapacidad de la Secretaría Distrital de Salud presenta una propuesta de acción estructurada en la Red de la Rehabilitación Basada en Comunidad que responda a las necesidades en salud y de participación social de la población con discapacidad en los territorios saludables de la ciudad en el eje “Una Ciudad que reduce la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”. Lo anterior para dar inicio a un proceso que armonice y potencialice los resultados obtenidos en el transcurso de los últimos 8 años y logre concretar las acciones hacia respuestas de mayor impacto.

Para la SDS el concepto de discapacidad responde a un hecho social, donde convergen múltiples factores enmarcados en dimensiones del desarrollo humano, social, económico y político; lo que a su vez, se relaciona con condiciones de equidad, derechos e inclusión social y por tanto se considera un asunto de justicia social. Desde esta perspectiva, el tema de discapacidad hace referencia a una condición y situación que señala un diálogo entre la persona y el entorno, con la interacción de componentes corporales, emocionales, de pensamiento, comunicación y relaciones sociales que se potencian o limitan según las oportunidades que el contexto ofrezca. En este sentido, las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores, son sujetos y sujetas que por su condición de vida requieren de diversos apoyos para desarrollar un proyecto vital, y alcanzar niveles de bienestar y participación en todas las dimensiones que atañen a mejor calidad de vida.

Por lo tanto, las acciones en la SDS¹, se sustentan en el principio, “*Si la discapacidad es una construcción social, debe generar respuestas de carácter social*”, premisa que se dinamiza en la Red de la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), como la estrategia de base comunitaria y eje central del accionar, donde el ordenador es la persona en su contexto. Desde esta perspectiva, el grupo de discapacidad de la SDS adopta y adapta la estrategia de rehabilitación basada en comunidad², como una forma de organizar una respuesta en salud e inclusión adecuada y oportuna a la población con discapacidad en los territorios saludables de las 20 localidades de la ciudad de Bogotá.

En el marco actual de RBC³ que propone actuar bajo un modelo de desarrollo inclusivo basado en comunidad, el rol de la RBC⁴ es trabajar cerca del sector salud para asegurar

¹ García, S. Santacruz, M. Carrillo, M. Cobos, A. Cuadernos de discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad. Secretaría Distrital de salud. Dirección de salud pública. Bogotá, D.C. 2008.

² Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de Salud (OMS). RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. 2004

³ Organización Mundial de la Salud, OMS. Guías para la RBC. Introducción. 2012

⁴ Organización Mundial de la Salud, OMS. Guías para la RBC. Componente de Salud. 2012

que las necesidades de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadoras sean consideradas en las áreas de: promoción de la salud, prevención, atención médica, rehabilitación y dispositivos de asistencia personal. No obstante, este papel debe estar ligado y ser dinamizado por otro rol de la RBC⁵, como contribuir al proceso de fortalecimiento de la población promoviendo, apoyando y facilitando la participación activa de las personas con discapacidad y sus familias en los temas que afectan sus vidas. Igualmente, la RBC necesita trabajar con los individuos y sus familias para facilitar su acceso a los servicios de salud, y trabajar con otros sectores para asegurar que sean considerados todos los aspectos de la salud⁶.

Lo anterior en coherencia con los retos planteados por la administración Distrital en relación con el reto de garantía y concreción de la salud como derecho fundamental, fortalecer las acciones dirigidas a la atención primaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con atención integral humanizada y la eliminación de las barreras de acceso; y de manera importante, dinamizando el enfoque multisectorial de la RBC para atender las necesidades más amplias de las personas con discapacidad, asegurando su participación e inclusión en la sociedad y mejorando su calidad de vida. Para efectos del papel de la RBC en el sector salud, se contempla la interrelación de los componentes de salud y fortalecimiento, adaptándolos al contexto del Distrito Capital y a las dinámicas poblacionales y territoriales.

⁵ Organización Mundial de la Salud, OMS. Guías para la RBC. Componente fortalecimiento. 2012

⁶ Organización Mundial de la Salud, OMS. Guías para la RBC. Rehabilitación basada en comunidad. 2012

1. REFERENTES CONCEPTUALES

Para esta propuesta de acción, se asumen tres conceptos fundamentales construidos con base en diversos enfoques teóricos y la acción reflexiva y de construcción conjunta con la comunidad. Sobre estos se diseña la respuesta en Salud a las necesidades identificadas de la población con discapacidad. Estos conceptos son: discapacidad, Rehabilitación Basada en comunidad (RBC), redes e inclusión social.

A. Discapacidad

Teniendo en cuenta que la discapacidad es un hecho social, complejo y multicausal es estudiado para ser comprendido desde diversas orientaciones teóricas y conceptuales. Por esto, integra y articula la explicación de la discapacidad con base en los fundamentos conceptuales de: la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) (2001)⁷; la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) (2004)⁸, el modelo de diversidad funcional de Palacios y Romanach (2006)⁹ y la convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad (2006)¹⁰, entre otros, como la construcción teórica propia dada por la experiencia (2000-2009¹¹ y 2011)¹².

Dichas aproximaciones se enriquecen con las posturas filosóficas de los trabajos de Amartya Senn (2000)¹³ y Martha Nussbaum 2006¹⁴; el desarrollo humano con los postulados de Max Neef¹⁵ y de manera importante los desarrollos de Turnbull, HR & Stowe, MJ. (2001)¹⁶ con los estudios: de las capacidades humanas, públicos, antropológicos, tecnológicos y ético filosóficos. Sumado a lo anterior, esta mirada integral de la discapacidad recoge posturas teóricas del enfoque poblacional, en el sentido que plantean el reconocimiento del ser humano individual y colectivo en su totalidad; en que su interés se centra en las personas con sus particularidades, en el papel del contexto social, cultural, económico y político en la calidad de vida de las personas y de manera importante por los planteamientos que abogan por el reconocimiento de los y las sujetas como garantes de derechos.

El concepto de discapacidad se ha modificado de la mano de los cambios dados en la concepción de desarrollo humano, derechos y desarrollo social. Así mismo, su estudio y abordaje han venido evolucionando hacia acciones que se expanden al nivel de las

⁷ (OMS), 2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF).

⁸ Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de Salud (OMS). RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. 2004

⁹ Palacios A., Romañach J. El modelo de la diversidad La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional Ediciones Diversitas- AIES. 2006.

¹⁰ ONU. Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad. Recuperado en 10 de enero de 2009, de http://www.unchur.ch/spanish/html/menu3/b/m_mwctoc_sp.htm. 2006.

¹¹ García, S. Santacruz, M. Carrillo, Ariza A, Henao H. Lineamientos de la Red de Rehabilitación Basada en Comunidad. Secretaría Distrital de salud. Dirección de salud pública. Bogotá, D.C. 2011.

¹² García, S. Santacruz, M. Carrillo, M. Cobos, A. Cuadernos de discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad. Secretaría Distrital de salud. Dirección de salud pública. Bogotá, D.C. 2008.

¹³ Sen, A. Desarrollo y Libertad. 2000. Editorial Planeta. Madrid.

¹⁴ Nussbaum Martha. En las fronteras de la justicia. Editorial Pidos. 2006

¹⁵ Max-Neff Manfred y cols. . Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro. CEOAUR. Chile. 1986.

¹⁶ Turnbull, HR & Stowe, MJ. (2001). Five model for thinking about disability. Journal of disability polity studies. Vol. 12:

representaciones y relaciones sociales; los procesos de atención y el acceso a servicios; la participación y representatividad social de esta población; el papel de los actores sociales en los cambios y la distribución de recursos encaminados a la satisfacción de las necesidades inherentes a esta condición de vida¹⁷.

En la Convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad, 2006¹⁸, se presenta como un “concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Así mismo, la convención establece que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo.

Si bien es cierto la discapacidad es una categoría que permite entender la vida de las personas a partir de esta condición, el mundo actual invita a entender a las personas con discapacidad con múltiples interseccionalidades. Una primera intersección es comprender la situación de las personas con discapacidad a partir de las etapas del ciclo de vida y la generación que cada uno vive, las etnias, la población en condición de desplazamiento, el género y la diversidad sexual, entre otras¹⁹.

B. Red de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)

A nivel Mundial la RBC se considera una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de todas las personas con discapacidad. Es un concepto liderado por la Oficina 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), en su documento de Posición conjunta del 2004²⁰. Este propósito de inclusión social integra y articula acciones orientadas a: el desarrollo de las capacidades físicas y mentales de las personas con discapacidad; que las personas con discapacidad puedan tener acceso a servicios y oportunidades ordinarios; que las personas con discapacidad sean colaboradoras activas en la comunidad y de la sociedad en general, y otras acciones orientadas a impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformación en la comunidad.

En la SDS, la transversalidad de discapacidad adopta y adapta la RBC dado que parte de una mirada de la vida cotidiana, el trabajo colectivo y en red como medio y fin para el ejercicio de los derechos y la inclusión social de esta población. Desde esta perspectiva, se crean oportunidades para el desarrollo de capacidades en las personas, el

¹⁷ García, S. Santacruz, M. Carrillo, M. Cobos, A. Cuadernos de discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad. Secretaría Distrital de salud. Dirección de salud pública. Bogotá, D.C. 2008.

¹⁸ ONU. Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad. Recuperado en 10 de enero de 2009, de http://www.unhcr.org/refugees/spanish/html/menu3/b/m_mwctoc_sp.htm. 2006.

¹⁹ García S, Santacruz M, Carrillo M. La Rehabilitación Basada en Comunidad. Documento preliminar para ser publicado. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. 2011.

²⁰ Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de Salud (OMS). RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. 2004

reconocimiento de sus derechos y la activación de procesos organizativos como punto de partida para ganar autonomía y movilizar a la población hacia la inclusión social. Estas acciones han estado de la mano con la Atención Primaria Integral de Salud (APIS), pues, ambas estrategias se encuentran en sus principios, propósitos, metodología y forma de operar; así mismo, se complementan e integran en las respuestas a las necesidades de las personas y familias en situación de discapacidad. Para Vásquez²¹, 2008, “la RBC, desprendida de las premisas de la Atención Primaria, en su esencia no es un servicio, es estrategia de acción, que integra a salud, a organizaciones de la comunidad y las personas, buscando diferentes vías e instrumentos para lograr equidad, inclusión social e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.”

Por lo tanto, la RBC se constituye en una red en tanto que promueve la participación de la comunidad y las organizaciones de las personas con discapacidad; moviliza alianzas colaborativas entre los sectores de trabajo, asuntos sociales, educación, salud, otros que abordan problemas de acceso relacionados con la participación de las personas con discapacidad, como los de vivienda, transporte y desarrollo rural. Así como, las instancias que se relacionan con el tema de finanzas para garantizar apoyo económico al programa de RBC y promover la participación de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores en los programas a partir de respuestas a nivel nacional, intermedio o de distrito y local.

En RBC esta forma de gestión y acción obedece al imperativo de hacer visible desde el trabajo colectivo el cierre gradual de las brechas de inequidad histórica en la población con discapacidad y la apertura hacia la justicia social como el espacio de todos y todas. Donde la oportunidad va de la mano con la diversidad, y abre caminos para dinamizar los potenciales incluyentes y de desarrollo de toda sociedad. Pues, de acuerdo con Dabas cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos (Dabas, 2002).

De acuerdo con Nora Cáceres, 2008²², “desarrollar la RBC en el contexto de la APIS es la oportunidad para trabajar con la comunidad, facilitando su participación y cumpliendo con los principios de equidad, cobertura universal, multisectorialidad, promoción de la salud y prevención de la discapacidad. Es la ocasión de generar redes sociales que involucre a los integrantes y a las organizaciones de la comunidad, luchando por la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. Es el desafío de cambiar las actitudes en la comunidad sobre la discapacidad. Es la oportunidad de brindar conocimientos a la familia sobre sus derechos y la de sus integrantes con discapacidad y es la posibilidad para otorgar a las personas con discapacidad y sus familias experiencias para el desarrollo de su independencia y autodeterminación, facilitando su inclusión e integración social”. Del mismo modo, para Vásquez, 2008, esto se consigue, buscando incluir la representación de las personas con discapacidad en todo el quehacer de la comunidad, trabajando en la eliminación de las barreras físicas, ambientales, culturales y sociales.

²¹ Organización Panamericana de la Salud – OPS. Edición a cargo de Armando Vázquez Barrios y Nora Cáceres. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud. 1a ed. Buenos Aires. 2008.

²² Organización Panamericana de la Salud – OPS. Edición a cargo de Armando Vázquez Barrios y Nora Cáceres El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud. 1a ed. Buenos Aires. 2008.

Implica la solidaridad de la comunidad con las personas con discapacidad e incluyendo las personas con discapacidad en todo el accionar del sector salud, movilizar a la comunidad para atender todas las necesidades de las personas con discapacidad y garantizar su acceso a los servicios de salud esenciales (universalidad y equidad). Además, acentuar las actividades de promoción y prevención, combinándose en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.

C. Inclusión social

La inclusión social como propósito de la RBC se constituye a su vez en una condición para alcanzar mejores condiciones de vida en las personas y las comunidades desde el concepto **de “acciones en y para la diversidad funcional, cultural y de identidad”**. En este sentido, apostarle a la inclusión social implica generar dinámicas que vinculen el desarrollo de capacidades con el acceso a oportunidades a lo largo del ciclo vital y poder evitar que la situación de exclusión se siga reproduciendo en las nuevas generaciones. Adicionalmente, es un imperativo abrir el acceso al bienestar, a redes de relaciones y al ejercicio de la ciudadanía, mediante acciones que se generen respuestas en y para la diversidad²³ en escenarios de participación y desarrollo comunitario.

Implica además, romper las barreras de la marginación y trabajar por el reconocimiento. Axel Honnet (1992)²⁴, para repensar la sociedad como espacio para el desarrollo y acceso a oportunidades donde se movilicen acciones de aceptación y convivencia con las diferencias como mecanismos políticos para establecer formas de ciudadanía desde el reconocimiento del otro, que haga posible que desde la intersubjetividad se fortalezca el tejido de relaciones sociales que son las que constituyen a una persona. Se trata de construir convivencia mediante el encuentro del otro en lo intercultural, la interseccionalidad y lo intergeneracional, así como en el interjuego de identidades y capacidades, teniendo en cuenta que en las particularidades se asienta la diversidad.

REFERENTE NORMATIVO

Respecto al marco normativo legal, la propuesta de la SDS se fundamenta en la Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad aprobada en Colombia mediante la Ley 1346 del 2009²⁵; la Política pública de discapacidad para del Distrito Capital (PPDD) (Decreto 470 del 2007)²⁶; en la Ley 1145 del 2007 que regula el Sistema Nacional de Discapacidad; en el Acuerdo 137 del 2004 (Sistema Distrital de Atención a la persona con discapacidad); y demás normas concordantes en materia de inclusión y derechos de la población con discapacidad. De otra parte, las acciones se soportan en el documento de posición conjunta de la RBC; las guías de RBC del 2010; las normas técnicas de accesibilidad universal. De manera importante y para su operación, estos planteamientos se conjugan en el enfoque multisectorial que propone la matriz de RBC, para así generar respuestas integrales e integradas que a su vez sean coherentes

²³ Arnais P. Educación inclusiva: una escuela para todos. Editorial Aljibe. España. 2003.

²⁴ A. Honneth. Propuesta de la Ética del Reconocimiento. 1992

²⁵ ONU. Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad. Recuperado en 10 de enero de 2009, de http://www.unchur.ch/spanish/html/menu3/b/m_mwctoc_sp.htm. 2006.

²⁶ Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 470 de 2007. Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital. Bogotá. 2007.

con las dimensiones de la PPDD: desarrollo de capacidades, ciudadanía activa, cultural simbólica y territorio medio ambiente.

Desde el D.C. las acciones de la transversalidad discapacidad vienen armonizándose con los planes de desarrollo de la ciudad, a través del cumplimiento de una meta que busca incrementar en cada vigencia el número de personas incluidas en la estrategia RBC como aporte e incidencia hacia la inclusión social dentro del marco de la política pública de discapacidad.

MARCO SITUACIONAL

En la ciudad, se cuenta con datos preliminares del registro de caracterización y localización de la población con discapacidad. A Julio 2012 existen 188.908 personas con discapacidad que residen en las 20 localidades del Distrito Capital registradas. Las localidades que presentan mayor número de personas registradas son en su orden: Kennedy, Rafael Uribe, Bosa y San Cristóbal²⁷.

La población con discapacidad en Bogotá D.C.,²⁸ en su mayoría se encuentra en las etapas del ciclo de vida de vejez representando el 45% y adultez con el 40%. Esta población es de predominio femenino, representando el 60% del total de la población registrada; este comportamiento se invierte con la edad, pues durante la infancia y la adolescencia es mayor el número de hombres con discapacidad, mientras que en la adultez y la vejez son más las mujeres que reportan esta condición. El grupo de edad donde se concentra la mayoría de esta población es el de los 65 a 69 años, en ambos sexos. Lo anterior sugiere que el aumento en la edad se puede constituir como un posible factor de riesgo asociado con la presentación de la discapacidad y que por ende es necesario establecer acciones que desde la niñez favorezcan la individualidad y fortalezcan la autonomía con proyección hacia una vida adulta.

Las localidades de Kennedy, Rafael Uribe y Bosa, en su orden son las que presentan más personas con discapacidad registradas; no obstante y de acuerdo con la población total de cada localidad esta condición es más representativa en las localidades de Sumapaz, Rafael Uribe y Candelaria.

El 99% es de etnia mestiza, el 47% pertenece al estrato 2, el 1,2% (1.987 personas con discapacidad) se encuentran en situación de desplazamiento, de las cuales el 17% viven en la localidad de Bosa, el 16% en la localidad de Kennedy. De acuerdo con el régimen de afiliación en salud se observa que 39,5% pertenece al régimen contributivo, el 35,5% al subsidiado, el 13,7% al vinculado y el 7,4% manifestó no pertenecer a ningún régimen de afiliación.

²⁷ Secretaría distrital de Salud. Vigilancia en Salud Pública. Actualización de la caracterización de la población con discapacidad; en Bogotá. 2005-2011. resultados preliminares 2005-2011.2011.

²⁸ Tomado del documento de "Actualización de la caracterización socio demográfica de la población con discapacidad en Bogotá; 2005-2010"

En la condición de discapacidad como tal, se presentan como principales alteraciones o deficiencias las relacionadas con el movimiento del cuerpo y el sistema nervioso y de forma correspondiente las principales limitaciones en las actividades de la vida diaria son el caminar, correr, saltar, pensar y memorizar. No obstante, cabe notar que estas características mantienen un patrón diferencial entre las etapas de ciclo de vital; el cual es similar entre las etapas jóvenes (infancia, adolescencia y juventud) y entre las etapas mayores (adultez y vejez). Esto nos podría sugerir que la discapacidad en la adultez y la vejez se relaciona con enfermedades crónicas y condiciones físicas, mientras que en las etapas jóvenes se relaciona con problemas cognitivos, tal y como se evidencia según el origen o causa, que la discapacidad principalmente se encuentra asociada a la enfermedad general y en segundo lugar a alteraciones genéticas o hereditarias.

El comportamiento de las barreras actitudinales es similar según etapa de ciclo de vital. De forma general es más frecuente “no encontrar actitudes negativas en ninguna persona”, sin embargo cuando existen actitudes negativas se encuentran relacionadas con la familia y amigos. Mientras que las barreras físicas predominantes para la infancia, la adolescencia y juventud son las calles y las vías, en segundo lugar para la etapa de infancia son los centros educativos y para los adolescentes y jóvenes, los centros comerciales; la barrera de vehículos de transporte público ocupó el tercer lugar en estas dos etapas. En las etapas de adultez y vejez las principales barreras son las calles y las vías y las escaleras.

Con relación al trabajo, la población con discapacidad en la ciudad de Bogotá, presenta como actividad que más frecuentemente ha realizado en los últimos seis meses: para los hombres el estar “incapacitado permanente para trabajar sin pensión” y para las mujeres el estar “realizando oficios del hogar”, seguido por estar “incapacitado permanente para trabajar sin pensión”.²⁹

En cuanto a la participación en actividades ciudadanas presenta niveles bajos, y cuando estas actividades se realizan, se encuentra principalmente que están relacionadas con la familia y la religión. Por consiguiente, se puede concluir que las restricciones para la participación de la población con discapacidad se encuentran asociadas principalmente con la infraestructura de la ciudad; en calles, transporte, lugares de ocio y esparcimiento. La modificación de estos factores de forma positiva es primordial para favorecer la inclusión de este grupo poblacional y para garantizar de esta manera el pleno disfrute de la ciudad en la que residen. Del mismo modo, que el nivel de participación en actividades sea tan bajo en esta población evidencia que tanto la sociedad como la ciudad en ocasiones actúan como factores excluyentes ante algunos grupos poblacionales. Adicionalmente, el 31% de esta población requiere ayuda permanente de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria; en estos casos lo más frecuente es que el cuidador sea una mujer y que ésta sea miembro del hogar; trayendo como consecuencia la afectación del proyecto de vida, autonomía e inclusión social de la personas con discapacidad y del cuidador o cuidadora, así como la condición socioeconómica del núcleo familiar.

²⁹ Terminología tomada de DANE – Formulario para el Registro para la Localización y Caracterización de personas con discapacidad. Variable 81, numerales 3 y 4.

A partir de la información que arroja el registro y la información capturada de los procesos participativos de la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), la situación de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores se caracteriza por el escaso acceso a espacios y oportunidades de desarrollo y participación³⁰. Esto relacionado con la existencia de barreras actitudinales, físicas, ideológicas, económicas y políticas que restringen su inclusión en entornos de participación familiar, social, política económica y cultural, restricción en el ejercicio de sus derechos en salud y empobrecimiento en su calidad de vida de vida.

Desde la prestación de servicios de salud y rehabilitación, entendiendo estos últimos: terapia física, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia respiratoria y medicina física y rehabilitación, Bogotá cuenta con más de 2.094 servicios habilitados entre públicos y privados. De estos, 146 son públicos y 1.948 privados. De la misma forma, los servicios de fisioterapia equivalen al mayor número, le sigue terapia del lenguaje o fonoaudiología, seguidos por terapia ocupacional y terapia respiratoria. El menor número de servicios corresponde a medicina física y rehabilitación.

Desde el aseguramiento en salud y específicamente en lo que respecta al programa de gratuidad, se han identificado en promedio 22.000 personas en la categoría de requerimiento de ayuda permanente (Discapacidad severa), de niveles 1 y 2 del SISBEN afiliados a régimen subsidiado, que han recibido en corte 2008 a junio 2011, 86.032 atenciones en salud.

A partir de los informes suministrados por la estrategia RBC, los aportes de las redes sociales y organizaciones de población con discapacidad que trabajan con el Sistema Distrital de Discapacidad, en materia de necesidades de la población se encuentra de manera primordial el escaso acceso a espacios y oportunidades de desarrollo y participación con restricción en la inclusión a entornos familiares, sociales, políticos, productivos, educativos y culturales, que generan detrimento en la calidad de vida.

De esta forma se establecen cinco acciones a trabajar en la ciudad relacionadas con otras situaciones prioritarias:

1. Acciones con enfoque multisectorial para la reducción gradual de barreras para la inclusión en escenarios de: vida familiar; vida para el desarrollo de capacidades y desempeño funcional; vida educativa, de formación y capacitación; vida económica y productiva; vida social, cultural, recreativa y comunitaria; vida política y de participación social.
2. Ampliación de oportunidades para la vida productiva que dignifiquen, cualifiquen y construyan sujetos con capacidad de generar tejidos sociales productivos.
3. Transformación de las representaciones sociales y la cultura ciudadana para visibilizar y materializar el acceso y la accesibilidad de todos y todas en la ciudad, al entorno físico, el transporte, espacios públicos (urbanos y rurales) y privados (familiares e institucionales), vivienda, sistemas y tecnologías de información y comunicación, en aras de fomentar la autonomía y participación plena.

³⁰ Secretaría Distrital de Salud. Grupo técnico de discapacidad. Resumen de política de discapacidad. 2011. Bogotá.

4. Consolidación de los procesos organizativos y las redes sociales como actores políticos garantes de los derechos, con capacidad para ejercer ciudadanía, participación, generar cambios y realizar control social.
5. Activación de los mecanismos ciudadanos para la protección, seguridad y bienestar de la población con discapacidad.

OBJETIVOS

1. Objetivo general

Generar cambios en la calidad de vida de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores/as en los componentes de salud e inclusión social mediante su participación en la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC).

2. Objetivos específicos

1. Establecer acciones para el acceso de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores a programas, proyectos y estrategias de salud y participación social.
2. Desarrollar en las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores capacidades para realizar prácticas de cuidado y autocuidado para que ganen conocimientos, destrezas y el apoyo que les ayuda a alcanzar buenos niveles de salud.
3. Abrir para las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras escenarios incluyentes a partir de un enfoque multisectorial y de integración de programas de desarrollo de la comunidad.
4. Efectuar el seguimiento de los procesos de atención en salud en el tiempo con base en las necesidades de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores que indique cambios en la calidad de vida.
5. Generar en los territorios mecanismos para el ejercicio del derecho a la salud en las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores cumpliendo con los principios de accesibilidad, integralidad y continuidad

DESCRIPCION DE LA OPERACION

Las acciones se desarrollan en los territorios saludables de las 20 localidades del Distrito, allí los actores de la red de RBC intercambian saberes y habilidades para la construcción de mejores oportunidades. Se pretende que se construya una red de relaciones entre las diferentes acciones e intervenciones en cada uno de los escenarios de los territorios. Esto implica trabajar con las diferentes disciplinas, con la comunidad, con sus líderes y las redes de recursos comunitarios que emergen desde las necesidades de vida cotidiana y de inclusión que viven las personas con discapacidad, sus familias y cuidadoras.

Comprender su postura ante su condición y asumir papeles complementarios, donde la suma de los conocimientos provenientes de diferentes campos y disciplinas de los equipos territoriales, le apunten a informar, formar, empoderar y movilizar a todos y todas en los derechos, deberes, capacidades y oportunidades que tienen las personas que viven una condición de discapacidad en la Ciudad.

La transversalidad de discapacidad acoge la intencionalidad de la Dirección de Salud Pública de posicionar en los territorios saludables metodologías que viabilicen oportunidades para el ejercicio del derecho a la salud, desarrollen las capacidades humanas e impacten en la calidad de vida a través de la estrategia de Rehabilitación basada en Comunidad (RBC).

A partir de lo anterior, la respuesta a la población con discapacidad desde la perspectiva de integralidad se sustenta para su organización en: la (RBC) (2004)³¹ y las guías de RBC de la OMS 2010 - 2012³²; la estrategia promocional de calidad de vida, (2003)³³; la Atención Primaria en Salud (APS renovada)³⁴, la estrategia de Gestión Social Integral – GSI³⁵, el enfoque de inclusión social³⁶, y el enfoque poblacional (15), para avanzar en la inclusión de esta población la cual ha vivido experiencias de marginación y exclusión con situaciones de inequidad e injusticia social. La RBC trabaja en colaboración con las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores, cuidadoras, líderes, organizaciones y los servicios de salud y rehabilitación, para asegurar que esta población pueda acceder a diferentes escenarios diseñados para identificar, prevenir, promover, restituir las condiciones de salud y dinamizar la participación social.

Para efectos de la Estrategia de RBC en el sector salud, se contempla la interrelación de los componentes de salud y fortalecimiento, promoviendo, apoyando y facilitando el ejercicio del derecho a la salud y la participación activa de las personas con discapacidad y sus familias en temas que afectan sus vidas. Dichos componentes se adaptan al contexto del D.C. y las dinámicas del programa de territorios saludables. Así entonces, cada intervención permite entender la discapacidad desde la vida de las personas a partir de su condición, con sus múltiples interseccionalidades en las etapas del ciclo de vida y los escenarios en los que se desempeña cotidianamente.

La activación e interacción de la estrategia RBC para dar respuesta a las necesidades de la población con discapacidad en los territorios de APS se estructura desde el accionar de los equipos de respuesta inicial, los equipos de respuesta complementaria y se potencia en servicios de salud colectiva para personas con discapacidad.

³¹ Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de Salud (OMS). RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. 2004

³² Organización Mundial de la Salud, 2012. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC.

³³ D'Elia Y, De Negri A, Castañeda M, Vega M, Bazó M. (2003). Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), Agencia de cooperación Alemana (GTZ).

³⁴ Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Atención primaria integral en salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá. 2009.

³⁵ Secretaría Distrital de Salud. Documento marco componente de gestión. Bogotá. 2009.

³⁶ Werneck Claudia. Desarrollo Inclusivo para los Medios y Profesionales de la Comunicación. -WVA Editora. Rio de Janeiro. Brasil. 2005

De esta manera, además de intervenciones del equipo de respuesta inicial, se organizan 11 distribuidas en 7 ejecutadas por el equipo complementario en los ámbitos familiar, escolar, laboral, comunitario e institucional, y 3 específicas de salud colectiva; todas recogen y se integran en los programas por etapas de ciclo, poblaciones especiales, programa para la mujer y programa ambientes para la salud y la calidad de vida. Adicional a lo anterior, en el proceso de Planificación y gestión de la salud pública en los territorios se ejecutan las acciones relacionadas con la implementación de la Política Pública de discapacidad a partir de la participación en el escenario de Consejos locales y se realizan los procesos de registro y caracterización de población con discapacidad y el análisis de situación.

El énfasis de la Estrategia de RBC es trascender de las acciones de promoción a las acciones resolutivas, dinamizadas con actividades individuales y colectivas; de atención inicial y de participación; sectoriales e intersectoriales en el marco de los avances de la estrategia en la ciudad y en el mundo donde se propone un modelo de desarrollo inclusivo basado en comunidad.

Ubicación de la operación de la Transversalidad de Discapacidad en el marco de la estructura del PIC 2012.

PROCESO CENTRAL:

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN LOS TERRITORIOS

SUBPROCESO	INTERVENCIONES
Gestión de Políticas Públicas en la Escala Local y Territorial por la Salud y la Calidad de Vida	Política Pública de Discapacidad, accionar en los Consejos Locales de Discapacidad.

PROCESO CENTRAL:

RESPUESTA A NECESIDADES DE LA POBLACIÓN EN EL TERRITORIO

PROGRAMA	ÁMBITO	UNIDADES OPERATIVAS POR ÁMBITO	INTERVENCIONES ESTRATEGIA RBC – TV DISCAPACIDAD
Niñez creciendo saludables	FAMILIAR “Familias protectoras de la salud y la Vida”	Asesorías Integrales a Familias	Asesoría en casa para familias en situación de discapacidad
	ESCOLAR Escuelas para la Salud y la Vida	Comités de gestión de Salud del ámbito. Asistencia integral a IED o Jardines,	* Asesoría a la comunidad educativa para potenciar el desarrollo Infantil en la población con discapacidad. * Asesoría a la comunidad



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

		docentes,	educativa en practicas inclusivas para potenciar destrezas en población con discapacidad y con aprendizajes diversos.
		Grupos gestores de Salud Escolar	
		Jornadas Escolares	
	INSTITUCIONAL Instituciones Protectoras de	Asesorías Integrales a nivel individual Asistencia Técnica Integral	Instituciones accesibles e incluyentes.
Territorio Ambientalmente Saludable	Asistencia técnica para el mejoramiento del ambiente físico y social	*Asesoría técnica por profesionales del programa, en temas de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal y mejoramiento de factores contextuales ambientales en los diferentes escenarios de vida.	
Espacio Publico, Convivencia y Salud	Campañas espacio publico y salud		

PROGRAMA	AMBITO	UNIDADES OPERATIVAS POR ÁMBITO	INTERVENCIONES ESTRATEGIA RBC – TV DISCAPACIDAD
Adolescencia y Juventud	ESCOLAR Escuelas para la Salud y la Vida	Comités de gestión de Salud del ámbito.	*Asesoría a la comunidad educativa para potenciar el desarrollo Infantil en la población con discapacidad. *Asesoría a la comunidad educativa en practicas inclusivas para potenciar destrezas en población con discapacidad y con aprendizajes diversos * Padrinos de la Discapacidad.
		Asistencia integral a IED o Jardines, docentes, administrativos, padres y madres.	
		Grupos gestores de Salud Escolar	
		Jornadas Escolares	
	LABORAL Trabajo Digno y Saludable	Asesoría a trabajo digno y saludable	Trabajo Incluyente y accesible
		Grupos de trabajo Digno y Saludable	
	INSTITUCIONAL Instituciones Protectoras de	Asesorías Integrales a nivel individual Asistencia Técnica Integral	Instituciones accesibles e incluyentes
	COMUNITARIO Comunidades Organizadas por la Salud	Cabildos ciudadanos y comunitarios	*Asesoría a grupos organizaciones o redes de o para población con



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

		Grupos Gestores Comunitarios fortalecimiento a organizaciones	discapacidad.
		Redes Sociales y comunitarias por el derecho a la salud	
	Territorio Ambientalmente Saludable	Asistencia técnica para el mejoramiento del ambiente físico y social	*Asesoría técnica por profesionales del programa, en temas de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal y mejoramiento de factores contextuales ambientales en los diferentes escenarios de vida
	Espacio Público, Convivencia y Salud	Campañas espacio público y salud	

PROGRAMA	AMBITO	UNIDADES OPERATIVAS POR ÁMBITO	INTERVENCIONES ESTRATEGIA RBC – TV DISCAPACIDAD
Personas Adultas	FAMILIAR “Familias protectoras de la salud y la Vida”	Asesorías Integrales a Familias	Asesoría en casa para familias en situación de discapacidad.
	LABORAL Trabajo Digno y Saludable	Asesoría a trabajo digno y saludable	Trabajo incluyente y accesible.
		Grupos de trabajo Digno y Saludable	
	INSTITUCIONAL Instituciones Protectoras de	Asesorías Integrales a nivel individual Asistencia Técnica Integral	Instituciones accesibles e incluyentes.
	COMUNITARIO Comunidades Organizadas por la Salud	Cabildos ciudadanos y comunitarios	*Asesoría a grupos organizaciones o redes de o para población con discapacidad.
		Grupos Gestores Comunitarios fortalecimiento a organizaciones	
		Redes Sociales y comunitarias por el derecho a la salud	
Territorio Ambientalmente Saludable	Asistencia técnica para el mejoramiento del ambiente físico y social	*Asesoría técnica por profesionales del programa, en temas de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal y mejoramiento de factores contextuales ambientales en los diferentes escenarios de vida	
Espacio Público, Convivencia y Salud	Campañas espacio público y salud		



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

PROGRAMA	AMBITO	UNIDADES OPERATIVAS POR ÁMBITO	INTERVENCIONES ESTRATEGIA RBC – TV DISCAPACIDAD
Persona Mayor	FAMILIAR “Familias protectoras de la salud y la Vida”	Asesorías Integrales a Familias	Asesoría en casa para familias en situación de discapacidad.
	LABORAL Trabajo Digno y Saludable	Asesoría a trabajo digno y saludable	Trabajo incluyente y accesible.
		Grupos de trabajo Digno y Saludable	
	INSTITUCIONAL Instituciones Protectoras de	Asesorías Integrales a nivel individual Asistencia Técnica Integral	Instituciones accesibles e incluyentes.
	COMUNITARIO Comunidades Organizadas por la Salud	Cabildos ciudadanos y comunitarios	*Asesoría a grupos organizaciones o redes de o para población con discapacidad.
		Grupos Gestores Comunitarios fortalecimiento a organizaciones	
		Redes Sociales y comunitarias por el derecho a la salud	
Territorio Ambientalmente Saludable	Asistencia técnica para el mejoramiento del ambiente físico y social	*Asesoría técnica por profesionales del programa, en temas de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal y mejoramiento de factores contextuales ambientales en los diferentes escenarios de vida.	
Espacio Público, Convivencia y Salud	Campañas espacio público y salud		

Nota: Las acciones de RBC de la Tv Discapacidad en los Programa para la mujer y poblaciones especiales están incluidas dentro de las intervenciones del servicio de salud colectiva para población con discapacidad, principalmente y de manera integrada desde la perspectiva intercultural e interseccional de las poblaciones.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Servicios de Salud Colectiva

ÁMBITO	UNIDADES OPERATIVAS POR ÁMBITO	INTERVENCIONES ESTRATEGIA RBC – TV DISCAPACIDAD
Servicios de Salud Colectiva para poblaciones	Servicio de Salud Colectiva para población con Discapacidad	Desarrollo de capacidades para las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras.
		Red de cuidadores/as para la autonomía de las personas con discapacidad y liderazgo en inclusión como grupo de autoayuda de RBC.
		Centros de escucha en discapacidad e inclusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. García, S. Santacruz, M. Carrillo, M. Cobos, A. Cuadernos de discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad. Secretaria Distrital de salud. Dirección de salud pública. Bogotá, D.C. 2008.
2. Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de Salud (OMS). RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. 2004.
3. Organización Mundial de la Salud, OMS. Guías para la RBC. 2012.
4. ONU. Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad. Recuperado en 10 de enero de 2009, de
5. http://www.unchur.ch/spanish/html/menu3/b/m_mwctoc_sp.htm. 2006.
6. Alcaldía Mayor de Bogota. Decreto 470 de 2007. Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital. Bogotá. 2007.
7. (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF). 2001
8. Palacios A., Romañach J. El modelo de la diversidad La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional Ediciones Diversitas- AIES. 2006.
9. Nussbaum Martha. En las fronteras de la justicia. Editorial Paidós. 2006
10. Max-Neff Manfred y cols. Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro. CEOAUR. Chile. 1986.
11. Rawls, J. Teoría de la justicia. Fondo de cultura económica. México. Primera reimpresión. 1997.
12. Turnbull, HR & Stowe, MJ. Five model for thinking about disability. Journal of disability polity studies. Vol. 12: 3. 2001.
13. D'Elia Y, De Negri A, Castañeda M, Vega M, Bazó M. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), Agencia de cooperación Alemana (GTZ). 2003.
14. Alcaldía Mayor de Bogota. Secretaría Distrital de Salud. Atención primaria integral en salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá. 2009.
15. Secretaría Distrital de Salud. Documento marco componente de gestión. Bogotá. 2009.
16. Secretaría Distrital de Salud. Documento marco ciclo vital. Bogotá. 2009.
17. Werneck Claudia. Desarrollo Inclusivo para los Medios y Profesionales de la Comunicación. -WVA Editora. Rio de Janeiro. Brasil. 2005
18. Cruz, I. Hernández, J. Exclusión social y discapacidad. Centro Editorial. 2004.
19. Universidad del Rosario. Colección de textos de rehabilitación y desarrollo humano. Bogotá. 2006.
20. Vásquez A. Discapacidad e inclusión. Retos del nuevo milenio. Organización Panamericana de la Salud. 2001.
21. Kronenberg y cols. Terapia ocupacional sin fronteras. Editorial panamericana 2005.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

22. Secretaría Distrital de Salud & Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Bogotá. Documento sin publicar. 2008.
23. Secretaría Distrital de Salud. Plan de Intervenciones colectivas. 2010.
24. SDS. Equipo técnico poblacional. Lineamiento para la incorporación del enfoque poblacional en el Plan de Intervenciones colectivas. 2011. versión 6.
25. Organización Panamericana de la Salud – OPS. Edición a cargo de Armando Vázquez Barrios y Nora Cáceres. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud. 1a ed. Buenos Aires. 2008.