



Revista de la Facultad de Medicina

ISSN: 2357-3848

revista_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia
Colombia

Guajardo-Córdoba, Alejandro; Recabarren-Hernández, Eladio; Asún-Salazar, Domingo;
Zamora-Astudillo, Cristian; Cottet-Soto, Pablo

Evaluación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria (RBC) desde la
perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación

Revista de la Facultad de Medicina, vol. 63, núm. 1 Sup, 2015, pp. 41-50

Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576363527006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.49333>

Evaluación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria (RBC) desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación

*Community-based Rehabilitation (CBR) Strategy evaluation from the community and local rehabilitation centers' perspective***Alejandro Guajardo-Córdoba¹ • Eladio Recabarren-Hernández² • Domingo Asún-Salazar³ • Cristian Zamora-Astudillo⁴ • Pablo Cottet-Soto⁵****Recibido:** 25/02/2015 **Aceptado:** 07/04/2015¹ Universidad Andrés Bello - Facultad Ciencias de la Rehabilitación - Escuela de Terapia Ocupacional - Santiago de Chile - Chile.² Ministerio de Desarrollo Social - Servicio Nacional de la Discapacidad - Departamento de Salud - Santiago de Chile - Chile³ Universidad de Valparaíso - Escuela de Psicología - Valparaíso - Chile.⁴ Universidad Andrés Bello - Facultad Ciencias de la Rehabilitación - Escuela de Terapia Ocupacional - Viña del Mar - Chile.⁵ Universidad de Chile - Facultad Ciencias Sociales - Escuela de Sociología - Santiago de Chile - Chile.

Correspondencia: Alejandro Guajardo-Córdoba. Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello. Fernández Concha 700, Las Condes. Teléfono: +56 2 226618384. Región Metropolitana de Santiago. Chile. Correo electrónico: aguajardo@unab.cl.

| Resumen |

Antecedentes. La Rehabilitación Basada en Comunidad, en el caso de Chile, destaca por ser una política pública, de carácter estatal y asumida directamente por instancias gubernamentales, tales como el Ministerio de Salud de Chile-MINSAL y el Sistema Nacional de Discapacitados-SENADIS. De esta forma, la evaluación de la estrategia de RBC en Chile es necesaria desde el punto de vista programático por su impacto nacional o regional. Por lo anterior, y considerando que la estrategia de RBC en Chile comenzó a implementarse de forma vinculada a los centros de atención primaria desde el año 2008 sin haber sido evaluada aún al inicio del presente estudio (enero de 2011), a través de esta investigación se buscó evaluar, desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación que implementan actualmente esta estrategia, los distintos niveles de intervención expresados principalmente a través de los componentes de intervención comunitaria y de gestión.

Objetivo. El objetivo que guió esta investigación fue evaluar el impacto social percibido y la aceptabilidad social de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación.

Materiales y métodos. El marco metodológico fue definido bajo los parámetros de una investigación cualitativa de carácter descriptivo y transversal. El universo de estudio correspondió a las comunas que contaban con programas de RBC que se desarrollan a nivel nacional como parte de la política nacional de discapacidad y rehabilitación en salud. Los criterios que guiaron el proceso de muestreo fueron los de pertinencia y suficiencia de la información, por lo que se optó por un muestreo estructural. El procesamiento de los datos se realizó mediante el análisis de contenido semánticamente orientado, siguiendo una estrategia intensiva, es decir, se analizó toda la información producida durante la fase de terreno.

Resultados. Los resultados dan cuenta de la RBC como una estrategia con variadas formas de implementación y desarrollo que se relaciona con la historia local, el perfil de la comunidad, del centro, de usuarios y las características de vinculación municipal con el programa de rehabilitación.

Conclusiones. El estudio identifica, en la estrategia de RBC, tres modelos de acción: biomédico, biopsicosocial y comunitario.

Palabras clave: Servicios de salud comunitaria; Rehabilitación; Personas con discapacidad; Evaluación de programas y proyectos de salud; Participación comunitaria. (DeCS).

.....
Guajardo-Córdoba A, Recabarren-Hernández E, Asún-Salazar D, Zamora-Astudillo C, Cottet-Soto P. Evaluación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria (RBC) desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación. *Rev. Fac. Med.* 2015;63:S41-50. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.49333>.

Summary

Background. The Community-based rehabilitation, in the case of Chile, stands out as a public policy of government's agencies and assumed directly by governments authorities such as the Chilean Ministry of Health-MINSAL and the National System of Disabled People-SENADIS. Thus, the evaluation of the RBC strategy in Chile is needed from the programmatic point of view due to its national or regional impact. Based on the foregoing reasons, and considering that the RBC strategy in Chile began to be implemented linked to the primary care centers, since 2008, without having been assessed even at the beginning of the present study (January 2011), through this research it was sought to assess, from the perspective of the community and the local teams of rehabilitation that currently implement this strategy, the different levels of intervention mainly expressed through the components of communal intervention and management.

Objective. Thus, the main purpose of this investigation was to assess the social impact perceived and the social acceptability of the CBR strategy from the perspective of the community and the local rehabilitation teams.

Materials and Methods. The methodological framework was defined within the parameters of a qualitative study of descriptive and transversal nature. The study's universe corresponded to the municipalities that counted with the CBR programs that are being developed nation-wide as part of the national disability and health rehabilitation policy. The criteria that guided the sampling process were those of relevance and information sufficiency, therefore a structural sampling was chosen. The data processing was conducted by a semantic-oriented content analysis, following an intensive strategy; all the information that was produced during the field phase was analyzed.

Results. The obtained results demonstrate CBR as a strategy that involves various forms of implementation and development that is related to the local history, the

community's profile, the users' profiles and the relationships between the municipality and the rehabilitation program.

Conclusions. The study identifies, within the CBR strategy, three action models; the bio-medical, bio-psychosocial and communal one.

Keywords: Community Health Services; Rehabilitation; People with Disabilities; Program Evaluation; Community Participation (MeSH).

.....
Guajardo-Córdoba A, Recabarren-Hernández E, Asún-Salazar D, Zamora-Astudillo C, Cottet-Soto P. [Community-based Rehabilitation (CBR) Strategy evaluation from the community and local rehabilitation centers' perspective]. *Rev. Fac. Med.* 2015;63:S41-50. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.49333>.

Antecedentes

La estrategia de RBC se ha constituido en una práctica de salud de alcance mundial y regional. Todos los países latinoamericanos cuentan con diferentes grados de desarrollo y una variedad de actores en su diseño e implementación.

La RBC, en el caso de Chile, destaca por ser pública, de carácter estatal y asumida directamente por instancias gubernamentales, tales como el Ministerio de Salud de Chile-MINSAL y el Sistema Nacional de Discapacitados-SENADIS, lo que la hace relevante en consideración a que, además de Chile, países como Argentina, Colombia y actualmente Ecuador disponen de un rol sustantivo desde el aparato del Estado, en el resto de los países de la región esto no es así.

De esta forma, la evaluación de la estrategia de RBC en Chile es necesaria desde el punto de vista programático por su impacto nacional o regional, además de que también una adecuada implementación podría permitir una mejor y mayor adherencia a los tratamientos (1), así como una importante reducción de los costos de rehabilitación (2) según estudios que se han realizado al respecto.

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud evaluó el impacto de la estrategia de RBC en tres países utilizando una metodología cualitativa, la cual rescató principalmente la percepción de la comunidad, las familias y las personas con discapacidad (2). El estudio arrojó evidencia de muchos efectos positivos alcanzados por los programas de RBC, aun cuando expresó preocupación acerca de la eficiencia y sustentabilidad de los programas, en tanto, si bien la RBC habría impactado positivamente sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad (principalmente sobre la autoestima, el empoderamiento, la autonomía personal y

la inclusión social), su impacto sería limitado en lo relativo al bienestar físico y la confianza en que la sociedad permita satisfacer todas sus necesidades y derechos. Sería, por tanto, en el empoderamiento y la incorporación de la comunidad donde la RBC se ha visto más cuestionada desde el punto de vista de su efectividad.

Por lo anterior, y considerando que la estrategia de RBC en Chile comenzó a implementarse vinculada a los centros de atención primaria desde el año 2008, sin haber sido evaluada aún al inicio del presente estudio (enero de 2011), a través de esta investigación se buscó evaluar, desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación que implementan actualmente esta estrategia, los distintos niveles de intervención expresados principalmente a través de los componentes de intervención comunitaria y de gestión.

A lo anterior, se deben sumar los propios estudios sobre discapacidad y rehabilitación realizados en Chile los últimos años.

El primer *Estudio Nacional de Discapacidad* (3) estableció que el 12.9% de la población presenta alguna discapacidad, es decir, 2,068.072 personas. Estas cifras se orientan a las estimadas por la OMS para todo el mundo, en las que se aproximan al 15% y que, de acuerdo a este organismo, debieran aumentar progresivamente con los años producto de los cambios demográficos y epidemiológicos de la población, transformándose la discapacidad en uno de los principales desafíos que debieran afrontar las naciones desde el punto de vista sanitario (4).

La síntesis del estudio del Fondo Nacional de la Discapacidad-FONADIS entrega los argumentos necesarios para comprender esta condición presente en una parte importante de ciudadanos de nuestro país. La discapacidad se asocia a pobreza, exclusión educacional y laboral, menor participación en la sociedad y en la familia y a personas y ciudadanos con menores oportunidades, independientemente de sus capacidades. Las enfermedades físicas son las más prevalentes, las mujeres son levemente más afectadas que los hombres y, a diferencia de lo que el sentido común establece, no es la tercera edad el grupo con mayor discapacidad, sino la población entre 20-64 años con discapacidades moderadas, en plena vida laboral y socialmente activa.

En relación a estos datos, durante el año 2009 el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas realizaron la *Encuesta de Calidad de Vida y Salud* (5), basándose en una muestra representativa de todo el país y encontraron que un 21.7% de la población mayor de 15 años presenta algún tipo

de discapacidad: el 13.8% para ver, el 5.9% para oír, el 2.1% para hablar y el 3.9% para caminar.

En un estudio sobre carga de enfermedad ejecutado por la Escuela de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, durante el año 2007 (6), es posible observar que, de los años de vida saludables perdidos por enfermedad (AVISA), el 54.7% corresponde a discapacidad, porcentaje que aumenta en las edades medias afectando, por tanto, a población laboralmente activa y traduciéndose como una progresión en el impacto económico de la discapacidad.

Finalmente, la *Encuesta Nacional de Salud* 2009-2010 (7) ha venido consultando por dificultad de movilidad en los últimos 30 días y sus resultados expresan: 75.5% ninguna dificultad, 10% poca dificultad, 8.8% moderada dificultad, 4.6% mucha dificultad y 1.1% demasiada dificultad. En relación a la distribución por género, el 4.3% de los hombres y el 7.1% de las mujeres encuestadas refiere haber tenido alto grado de dificultad para desplazarse.

Los datos son contundentes en cuanto a la imperiosa necesidad de articular estrategias de intervención socio-sanitarias y socio-comunitarias orientadas a mejorar cobertura, acceso, promover intersectorialidad y facilitar procesos de inclusión social de personas con discapacidad y sus procesos de rehabilitación. En este sentido, la estrategia de RBC ha mostrado ser la más recomendada para tales fines.

Así, la pregunta que guía la presente investigación se ha definido como: ¿Cuál es el impacto social percibido y la aceptabilidad social de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria-RBC que se configura desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación en Chile?

El impacto social percibido de la estrategia de RBC se definió de acuerdo a tres componentes que guían los objetivos de la estrategia —los cuales se apoyan en las orientaciones dadas por la OMS en las Guías para RBC 2012 referidas a inclusión, participación y fortalecimiento de personas con discapacidad, familias y comunidad (8)—, así como las líneas programáticas con la incorporación del enfoque de equidad de los programas de salud pública del Ministerio de Salud (9); estos son la disminución de brechas de equidad, el fortalecimiento de los canales de participación comunitaria y la integración social y comunitaria propiamente.

El propósito de la investigación es aportar en la generación y definición de recomendaciones destinadas a mejorar el proceso de implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el impacto social percibido y la aceptabilidad social de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria-RBC desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación en Chile.

Objetivos específicos

Identificar y analizar los niveles de aceptabilidad y validación social de los centros, las prestaciones y las estrategias de RBC implementadas a nivel local.

Analizar el impacto social percibido por la comunidad de la estrategia de RBC para la disminución de las brechas de equidad, el potenciamiento de la participación e integración social y comunitaria de las PSD y de la comunidad.

Identificar y describir los componentes y recursos críticos percibidos por las comunidades, los actores y equipos de los programas.

Diseñar y operacionalizar las recomendaciones derivadas y realizar las sugerencias para su alcance e implementación.

Materiales y métodos

El marco metodológico fue definido bajo los parámetros de una investigación cualitativa, de carácter descriptivo y transversal. La investigación cualitativa se caracteriza por trabajar sobre diseños de investigación abiertos, flexibles y progresivos, en tanto, el diseño se va adecuando al contexto y al proceso investigativo.

Población objetivo y muestra

El universo de estudio correspondió a las 179 comunas que cuentan actualmente con programas de RBC que se desarrollan a nivel nacional como parte de la política nacional de discapacidad y rehabilitación en salud.

Para estudios cualitativos, los criterios que deben guiar el proceso de muestreo son los de pertinencia y suficiencia de la información; para respetar estos criterios antes definidos, se optó por un muestreo estructural, guiado teóricamente a través de dos etapas, la primera, que identificó los centros a ser incorporados al proceso de investigación, y, la segunda, de los actores que fueron invitados a participar en cada centro.

En la primera etapa de muestreo se identificaron los centros comunitarios de rehabilitación que fueron incorporados al

estudio, los cuales se clasificaron de acuerdo a criterios de un muestreo estructural y al carácter geográfico de estos, señalándose como principal categoría de interés su carácter urbano o rural.

Además, se definió una segunda categoría de muestreo en función del tiempo de implementación de los centros, ya que para evaluar adecuadamente el proceso de implementación de la estrategia, y considerando que esta se basa en la intervención de las redes comunitarias, se requiere al menos dos años de implementación para poder estimar el impacto social percibido por la comunidad y la aceptabilidad social de la estrategia de RBC. Por ello, quedaron excluidos del estudio los centros que no contaban con un funcionamiento sostenido del programa en al menos 2 años (al año 2010). Según registros del Ministerio de Salud, 26 centros cumplieron con este criterio de inclusión al momento de inicio del estudio.

De acuerdo a lo anterior y buscando respetar el criterio de pertinencia, se seleccionaron 6 comunas, buscando incorporar variabilidad geográfica a nivel país; por ello, se analizaron 2 centros pertenecientes a la zona norte, 2 de la zona centro y 2 del sur del país, seleccionándose para cada zona al menos un centro rural y otro urbano.

En función de lo anterior, los centros que cumplen los criterios corresponden a los siguientes:

Tabla 1. Centros seleccionados.

Región	Servicio salud	Comuna	Carácter
III	Atacama	Vallenar	Urbano
IV	Coquimbo	Monte Patria	Rural
V	Aconcagua	San Felipe	Rural
RM	Metropolitano Sur	Lo Espejo	Urbano
X	Reloncaví	Puerto Montt	Urbano
X	Reloncaví	Puerto Montt	Rural

Una segunda etapa del muestreo se definió a partir de una tipología de actores dentro de cada comuna incorporada al estudio. Dada la diversidad de significados y perspectivas que se buscó incorporar con esta investigación, se conformó una muestra integrada por equipos de RBC locales, conformados por los profesionales, técnicos y personal de los centros de RBC, los cuales se integraron en su totalidad al estudio, puesto que los equipos se componen de 4-5 profesionales por centro; actores comunitarios, considerándose dentro de ellos actores de organizaciones sociales vinculadas y no vinculadas a las estrategias de RBC locales; personas en situación de discapacidad y sus familiares, y actores comunitarios locales relevantes.

Para esta segunda etapa de muestreo, se estimó entonces el tamaño muestral de los distintos dispositivos de producción de

la información a utilizar, de acuerdo al cruce de los criterios de zona de ubicación del centro —norte/centro/sur—; el carácter geográfico del centro —urbano/rural—, y el tipo de actor (profesionales y equipos locales/actores comunitarios).

Técnicas de producción de la información

Para incorporar la multiplicidad de métodos se definieron como técnicas para la producción de la información las siguientes:

Dispositivos grupales, específicamente grupos focales para indagar la conformación de significados colectivos en torno al impacto social percibido y la aceptabilidad social de la estrategia de RBC a nivel local. Cada grupo estuvo conformado por 6 a 8 participantes que fueron integrados respetando los criterios de heterogeneidad interna para cada actor relevante de la tipología (10). Los grupos se diferenciaron por usuarias/os, familiares y profesionales. Cada persona participante dio su consentimiento, pudiéndose retirar en cualquier momento. Las entrevistas tenían carácter privado.

Dispositivo de observación, aplicado a través de la observación de campo, entrevistas informales y la incorporación de documentos relevantes, información que fue registrada a través de un “Diario de campo” y que buscó documentar el proceso de interacción de los investigadores con el contexto del estudio, su territorio, estructura, actores y relaciones.

Dispositivos individuales, aplicado a través de entrevistas semiestructuradas a los distintos actores comunitarios, buscó indagar y profundizar elementos relevantes surgidos de la observación y de los grupos focales, o en aquellos casos que por condiciones de factibilidad no fue posible incorporar a las familias o las personas con discapacidad a los grupos focales.

Plan de análisis de los datos

El procesamiento de los datos se realizó mediante análisis de contenido semánticamente orientado, siguiendo una estrategia intensiva, es decir, se analizó toda la información producida durante la fase de terreno. Se optó por esta estrategia puesto que la información fue producida por los propios investigadores, por tanto, fue información útil para el proceso de análisis de los datos.

Además, se trabajó con una estrategia intertextual de carácter subjetiva, en tanto cada enunciado fue interpretado en función de las características del sujeto que produce el discurso, características que fueron identificadas de acuerdo a las categorías muestrales. Por último, se utilizó una estrategia agregativa, en tanto se agruparon las distintas subjetividades y percepciones por tipo de actor para el proceso de interpretación (11).

En un primer momento de análisis los datos fueron transcritos de forma textual, lo que dio origen a un primer texto que fue codificado de acuerdo a una matriz de códigos basada en las categorías analíticas definidas teóricamente en las categorías muestrales. Luego se identificaron aquellas categorías que emergieron durante el proceso del estudio, momento en que se generó un segundo texto sobre el cual se interpretaron los datos.

El proceso de codificación y análisis fue apoyado por el software Atlas-Ti y buscó trabajar sobre la base de categorías temáticas, ancladas sobre las dimensiones de impacto social percibido y la aceptabilidad social siguiendo un plan de análisis que parte desde la definición de las categorías, avanzando hacia la descripción para luego entregar insumos para el análisis y posterior interpretación.

Resultados

Síntesis del panorama de resultados

El análisis e interpretación de la conversación entre equipos profesionales y actores comunitarios permite reconocer un conjunto de factores cuya concurrencia permite proponer tres posiciones del habla evaluadora del dispositivo centro de rehabilitación comunitaria (CCR) y la RBC, según un espectro decreciente de satisfacción (mayor, medio y escasa). Cada una de estas posiciones encontrarán cumplimiento dispar de condiciones claves para la RBC (Tabla 2). Cada posición encuentra casos paradigmáticos en la muestra del estudio: Monte Patria (mayor satisfacción), Puerto Montt (mediana satisfacción), Lo Espejo (escasa satisfacción), aunque el cumplimiento de las condiciones claves para la RBC se encuentre presente en las tres posiciones, pero en combinatorias dispares.

Tabla 2. Condiciones claves para la evaluación CCR-RBC.

Condiciones	Posiciones de habla (evaluación actores)		
	Baja satisfacción	Mediana satisfacción	Alta satisfacción
Concepción e identificación de prácticas comunitarias			
Relaciones entre modelo de salud familiar y la red de salud			
Relaciones entre modelos de rehabilitación <i>riesgo/vulnerabilidad</i> y la necesidad de interdisciplinariedad			
Capacitación/sistematización en RBC a equipos-comunidad			

Concepción e identificación de prácticas comunitarias

La posición de habla evaluadora con mayor satisfacción reconoce una anterioridad de la comunidad a los procesos de implementación del dispositivo CCR-RBC. Se trata de un reconocimiento de organizaciones sociales y de proactividad familiar con la que la implementación del dispositivo se encuentra al comienzo y con quienes establece relaciones de intercambio de capacidades según necesidades comunitarias. La comunidad se concibe e identifica prácticamente con *actores* territoriales a quienes les interesa y desean participar del mejoramiento de su calidad de vida común. Es interesante el caso de Monte Patria, porque su dispersión geográfica favorece la organización de pequeñas comunidades y el CCR-RBC trabaja con las comunidades a través de estrategias de potenciamiento de cada una (*descentralización*) y articulación entre ellas (*estrategias de comunicación*). Se trata de “comunidades para sí” más allá de la rehabilitación de las discapacidades, siendo esta identificada como una dimensión más de mejoramiento de la calidad de vida comunitaria.

En cambio, la misma dispersión geográfica sin actores organizados con independencia y anterioridad a la implementación del CCR-RBC, genera una concepción e identificación práctica de “la comunidad” más restringida, aunque valorada por la especialización focalizada en tareas de rehabilitación. *La comunidad* es identificada con las familias de los usuarios residentes en lejanas y dispersas localidades rurales sin articulación entre sí; familias solo concebidas e identificadas por los equipos de profesionales de los CCR-RBC que realizan atenciones a domicilio y trabajan con cada familia; y familias de usuarios de prestaciones que buscan ser transferidas a tales unidades familiares, habilitándolas en rehabilitación del miembro familiar usuario. Se trata de “comunidades familiares de rehabilitación”. Esta concepción e identificación práctica de comunidades es propia a un nivel del habla evaluadora de satisfacción media.

En el otro extremo del espectro donde la evaluación de satisfacción del dispositivo CCR-RBC es escasa, la concepción e identificación práctica de las comunidades se asocia a población de usuarios con grados de aproximación precarios a las unidades familiares. Esta es una comunidad de usuarios de prestaciones médicas, la cual, al mismo tiempo, se figura como anhelada de actores sociales, siempre faltante, inoperativa, pasiva. La comunidad se concibe e identifica como una por llegar a generar, que exigiría un trabajo específico del dispositivo CCR-RBC agobiado por las coberturas exorbitantes de la demanda creciente y las exigencias de cumplimiento de metas sanitarias.

Relaciones entre modelo de salud familiar y red de salud

El modelo de salud familiar encuentra un punto crítico en la articulación de los CCR y los Centros de Salud Familiar (CESFAM): la dependencia ambigua tanto en orientaciones teórico-operativas, como en metas por cumplir de los ministerios de salud (modelo socio-sanitario) y SENADIS (modelo socio-comunitario). La inscripción de los CCR-RBC en la red de salud aparece en relación con derivaciones y capacidad de actuación conjunta, como una oportunidad de vinculación, pero también como una amenaza por ser una red cerrada y poco flexible al modelo. Se reconocen ventajas (aportes a la RBC) y desventajas (costos para la RBC) asociadas a la inscripción en la red de salud.

Así, en la posición de habla evaluadora de mayor satisfacción, la denominación de *salud integral* se asocia a la activa participación de las organizaciones sociales y de las familias en los procesos de diagnóstico, al igual que la detección de casos que las propias organizaciones presentan al CCR. En este proceso de actualización de un modelo RBC ampliado, los *cuidadores* adquieren un lugar de articulación colectiva entre organizaciones comunitarias y CCR: la adquisición de habilidades y formación continua, el encuentro de los cuidadores en el CCR como espacio de comunicación, así como el apoyo de las autoridades municipales a estas actividades y actores, el acceso a fondos concursables por parte de organizaciones sociales del propio CCR o de iniciativas comunes entre ambos; entre otras condiciones hacen que se evalúen las normas técnicas de la red de salud desde la experiencia comunitaria. Por ejemplo, en el caso de Monte Patria se informa de una petición de los usuarios de retirar el CCR del CESFAM y de la red de salud porque retardan la vinculación de usuarios con el CCR.

Para la posición de habla evaluadora de satisfacción media, la figuración de las relaciones con la red de salud adquiere la forma de una insistente diferenciación del CCR con CESFAM, la demanda de regular las funciones diferentes de cada instancia, así como de las modalidades específicas de complementación. La conversación pasa por un reclamo de especificidad y de defensa del enfoque comunitario ante la demanda de la red de salud de que el equipo CCR amplíe la cobertura —visitas a domicilio—, como si la red de salud buscara incluir al CCR como un dispositivo clínico más, amenazando el carácter RBC y sus posibilidades de despliegue.

En cambio, la demanda de la posición de habla evaluadora con escasa satisfacción es que se le otorgue algún espacio mínimo para lograr iniciar estrategias RBC ante la colonización absoluta de la red de salud. Se trata de CCR

que están en zonas urbanas de alta demanda sanitaria en que la red de salud constituye todo el soporte del centro de rehabilitación comunitaria; de su inscripción y adscripción allí depende su existencia. Por ejemplo, el CCR nace en una sala del Programa de Atención Músculo-Esquelético (*sala PAME*). Así, en esta posición del habla evaluadora de escasa satisfacción, los CCR se ven obligados a cumplir con compromisos administrativos y técnicos que impone la red de salud, tanteando búsquedas de iniciativas cercanas a la RBC como identificar patologías de baja complejidad en las que pudiesen participar familiares, o haciendo firmar a los usuarios una carta de compromiso en la que se establece cierta participación autovalente de los usuarios en su proceso de rehabilitación, o privilegiar la búsqueda de usuarios desertores derivados del CCR por convenios y decretar administrativamente el abandono y desvinculación con el tratamiento a usuarios inasistentes por más de quince días.

Relaciones entre modelos de rehabilitación riesgo/vulnerabilidad y la necesidad de interdisciplinariedad

Los CCR sostienen modelos de salud y rehabilitación distintos, un modelo sanitario enfocado en recuperar la salud desde la enfermedad y un modelo socio-comunitario enfocado en la vulnerabilidad y la habilitación de capacidades. Ambos tienen gravitaciones e incidencias, distintas en los CCR, que siempre generan una zona de tensión y son fuente de situaciones críticas diversas. De allí que se requiera promover la interdisciplinariedad en distintas zonas de configuración organizacional, administrativa y ejecutiva de los CCR. Interdisciplinariedad que debe tener como base las orientaciones generales de la RBC.

En la posición de habla evaluadora de mayor satisfacción, el modelo de integración social en la vida cotidiana de personas viviendo con discapacidad se considera fuera del alcance del modelo sanitario, cuyos dispositivos son auxiliares al trabajo comunitario que articula CCR-familias-organizaciones sociales. La promoción de organización de redes de voluntarios —que obtienen reconocimiento como retribución—; contar con sedes del CCR en diferentes localidades geográficamente distantes; la utilización de tales espacios para la reunión de familias de personas en situación de discapacidad que comparten experiencias, y la concepción compartida por el CCR, familias y organizaciones respecto en la rehabilitación interviene un periodo de interrupción de una modalidad de vida para pasar a otra representan algunas de las condiciones asociadas a una satisfacción con las estrategias RBC. En este contexto, la interdisciplinariedad es una exigencia que los equipos de profesionales subordinan al conocimiento y práctica de rehabilitación que subyacen a las coordinaciones de CCR-familias-organizaciones comunitarias.

En cambio, las tensiones entre los modelos socio-sanitarios y socio-comunitarios, en el caso de la posición de habla de satisfacción media, son fuente de grandes tensiones. La falta es nombrada como una de *formalización*; formalización de un modelo RBC que los equipos deben defender y negociar con el modelo socio-sanitario, actuando suplementariamente con tal modelo a través de la entrega de prestaciones clínicas, al mismo tiempo que buscan sobreponerse al asistencialismo, promoviendo la autovalencia de los usuarios y negociando con ellos sus resistencias administradas por un trato cercano. Las lejanías geográficas establecen una condicionante que atenúa las tensiones entre los modelos, toda vez que las visitas residenciales de los profesionales de CCR les otorga relativa autonomía, la cual busca ser fortalecida por la demanda de mayor interdisciplinariedad.

En la posición de habla de escasa satisfacción, las relaciones entre el modelo socio-comunitario y el socio-sanitario están decididas por la supremacía del último. Tanto usuarios, como equipos profesionales mencionan posibilidades lejanas y condiciones actuales precarias para hacerle espacio a la RBC. Los usuarios están capturados por una lógica de demanda privatizada de atención asistencial clínica (acostumbrados al modelo biomédico), los equipos CCR lo están por las lógicas socio-sanitarias de cumplimiento de metas de cobertura y calidad de atención clínica. La conversación reconoce cierto aire de familiaridad de sus prácticas con la RBC, en algunos indicios de eficacia al trabajar con familias en casos de baja complejidad, o en la identificación del modelo socio-comunitario con talleres —psicoeducativos, de cuidados, etc.— o la colaboración con políticas territoriales de promoción de vida saludable. Aunque estos mínimos indicios de inscripción en estrategias de tipo RBC quedan siempre bajo la pesada sombra de una demanda de atención que sobrepasa a los CCR, condiciones laborales desmejoradas, alta rotación de profesionales que pasan por el CCR, invisibilización comunitaria y falta de apoyo de autoridades locales. La interdisciplinariedad queda localizada muy lejos de una estrategia RBC y más bien absorbida por la necesidad de mayor eficacia en procesos clínicos, propios al modelo socio-sanitario.

Capacitación y sistematización en RBC a equipos-comunidad

A la condición de *novedad* de los CCR-RBC y a las necesidades de ajuste con el quehacer instalado en rehabilitación, aparece una demanda por incorporar sistemáticamente conocimiento aplicado al trabajo, la demanda por capacitación y también por sistematización.

La capacitación aparece como realidad efectiva realizada, pero también como necesidad y promesa incumplida. Los

equipos reconocen y valoran capacitaciones en prácticas y acciones, que le han permitido aprender a realizar talleres para transferir competencias de rehabilitación; pero, acusan ausencia de capacitación en cuestiones que les parecen centrales para comprender lo que hacen y se les pide que hagan. ¿Cuál es la comunidad con la que deben trabajar? ¿Qué tipo de actores, organizaciones sociales, familias, vecinos? ¿Qué tipo de vínculo se establece con la comunidad? Si el CCR se apoya en organizaciones, ¿cómo se apoyan las organizaciones en el CCR? ¿Qué lugar ocupan las tecnologías asistivas en el despliegue de estrategias RBC?

En la posición de habla evaluadora de mayor satisfacción, la capacitación es una necesidad reconocida como efectuada con actores comunitarios y familias, así como una demanda para los profesionales de los equipos del CCR. La transferencia de habilidades es considerada una retribución al trabajo voluntario y socio-comunitario por la validación que otorga a sus receptores, así como al prestigio que adquiere al constituirse en un voluntario para otros residentes en el territorio. La sistematización de experiencias satisfactorias que emergen de la práctica cotidiana son una especial demanda por conocimiento aplicado en la posición de habla evaluadora de mayor satisfacción asociada al mejoramiento y extensión del modelo RBC.

En cambio, la sistematización para el caso del habla evaluadora de media satisfacción constituye un recurso de validación y visibilización de acciones eficaces asociadas a la RBC por los equipos profesionales. La capacitación, en esta posición, está fuertemente marcada por su destinación a la figura de cuidadores, quienes capacitándose liberarían a los profesionales de tiempo para llegar a lugares que no alcanzan. Por otra parte, en esta posición de habla evaluadora, los profesionales manifiestan su sospecha de que la estrategia RBC consista únicamente en un buen trato, cálido y próximo, apareciendo así una demanda por capacitación en conocimientos que superen las habilidades blandas y transfieran habilidades técnicas exigidas por un modelo socio-comunitario.

Para el caso de la posición de habla de escasa satisfacción, la capacitación está asociada a liberar espacio y tiempo de atención, a disminuir la demanda agobiante de prestaciones de salud, entregando conocimientos básicos y auxiliares a familiares que puedan aumentar el tiempo de interconsulta, o la realización de talleres de inserción laboral o a otras áreas de desempeño ocupacional.

Conclusiones

En el presente estudio se logra obtener información y una mirada general transversal de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad-RBC, tanto en el diseño

e implementación de la misma, así como en los aspectos específicos a los cuales se orienta el estudio.

La estrategia se desarrolla de modo diverso en el cual se articulan los ejes de lo rural-urbano, las formas de administración local de la estrategia de RBC, la realidad local y comunitaria pre existente, la formación de los equipos profesionales, el perfil de los usuarios, la vinculación o tipo de dependencia con la red de salud, las maneras de vincularse con espacios institucionales como MINSAL o SENADIS y el tipo de gestión del programa, el peso financiero del mismo, entre otros aspectos, transformando la RBC en un espacio en disputa de carácter híbrido que se mueve entre enfoques biomédicos (Vallenar-Lo Espejo-Puerto Montt), de carácter fundamentalmente urbano y enfoques de orden socio comunitario en experiencias expresadas en el plano rural o urbano (Monte Patria-Pedro Aguirre Cerda). En posición intermedia encontramos los desarrollos de los programas de San Felipe y Puerto Montt, rural. Así, emergen claramente tres modelos de trabajo: de tipo biomédico, centrados en la atención; biopsicosocial, con foco en la atención de salud y articulación de redes focales e intersectoriales, y el modelo comunitario, que comprende la comunidad como sujeto, como territorio con enfoque de derecho en el cual la intervención clínica queda situada en el marco del enfoque de desarrollo social, territorial, con perspectiva de redes, con flujos de información, con presencia importante de actores locales y gestión de orden participativo, quedando establecida una prioridad de orden más socio comunitario.

Desde esta perspectiva, la estrategia de RBC se asienta en lo fundamental de la rehabilitación, la cual adquiere un orden más funcional. Se estructuran al interior de los centros comunitarios de rehabilitación (CCR) estrategias de intervención colectiva e individual, con una aproximación y vinculación más personalizada de orden psicosocial, que contribuye a generar soportes afectivos y emocionales en las intervenciones realizadas. Este aspecto psicosocial es altamente valorado por las familias, los usuarios y los propios miembros de los equipos, otorgando una cercanía y un sentido personal al trabajo clínico, además de generar ciertos apoyos sociales que permiten fortalecer vínculos en los espacios focales. A partir de lo anterior se generan talleres y agrupaciones que, desde una perspectiva de red inmediata, contribuyen a los procesos clínicos y de cuidado sanitario. De esta forma, la acción de la RBC-CCR adquiere claramente un perfil socio-sanitario, centrado en la atención y en la continuidad en comunidad de aspectos asistenciales y clínicos. Este adecuado funcionamiento clínico ha permitido mejorar el acceso y la cobertura, lo que contribuye a una buena valoración y aceptación por parte de usuarios y grupos cercanos de la estrategia de RBC.

Sin embargo, este buen resultado, de lo llamado clínico, se aprecia trunco en el marco de una estrategia más global de lo que constituye la RBC, donde lo central es el desarrollo comunitario para favorecer los procesos de inclusión social. Al respecto, los aspectos de comunidad y desarrollo comunitario tienden a ser limitados por la demanda y programación del sistema de salud que sitúa a los CCR como un centro estándar de salud, equivalente a un CESFAM, a las metas y financiamiento que se vinculan con casi plena exclusividad a las atenciones por patologías, el circunscribir lo comunitario a prestaciones, entre ellas la visita domiciliaria. Lo que subyace es una visión de comunidad como territorio, sector o domicilio con articulación con actores o personas individuales, centradas en las prestaciones de rehabilitación. De esta forma, la RBC-CCR adquiere más una forma de externalización de acciones hospitalarias y una descentralización a nivel local de los sistemas de rehabilitación más que un proceso de inclusión y trabajo comunitario, donde se comprenda a la comunidad como sujeto actor. Esto puede estar traduciéndose en que los actores que más reconocen la estrategia de RBC-CCR son los usuarios, familiares y redes inmediatas a estos, además de actores locales que se sitúan en la inmediatez del trabajo del centro; sin embargo, por las limitaciones en el quehacer comunitario como tal, la RBC es desconocida para instancias y actores que no tengan una vinculación directa y se encuentren fuera del marco del sector salud.

A lo señalado en los puntos anteriores se proponen las siguientes recomendaciones:

Diferenciar el papel que cabe al sector salud en la RBC y la estrategia global de RBC que en el fondo se constituye en un conjunto de políticas, programas y acciones orientadas al desarrollo inclusivo de personas con discapacidad. El sector salud debe dar continuidad al desarrollo de la rehabilitación, pero articulado fuertemente con un enfoque comunitario y lo clínico inserto en ella. Para estos efectos se deben repensar los modos de gestión y compromisos sanitarios para los equipos de RBC en los CCR en que lo comunitario sea validado, no desde la prestación, sino desde un nivel de enfoque.

En consideración a lo anterior, también cabe plantearse una discusión respecto a si la estructura de la matriz de RBC, en el marco de las políticas públicas en Chile y el desarrollo del sistema sanitario, pueda tener una articulación diferente, llevando el componente comunitario y el fortalecimiento a un eje transversal de toda la estrategia.

Además, se debe avanzar a una profundización de la evaluación de la estrategia desde los actores locales y no solo desde el nivel institucional central; así mismo, se deben generar mecanismos locales y regionales de evaluación territorial con un fuerte componente participativo e intersectorial y esto debe

traducirse en una reconstrucción de la estrategia de RBC desde los actores locales y territoriales a fin de superar la asimetría entre el diseño e implementación.

Los CCR deben profundizar su carácter de instancia local, territorial, en articulación con diferentes niveles y actores de la comunidad y deben promover planes de acción o políticas locales que tengan sentido con el desarrollo local y también con el desarrollo individual. Aquí también se puede hablar en términos de la gobernabilidad que tengan como actores sociales locales sobre su territorio y el reconocimiento social que puedan tener en ese mismo sentido.

En cuanto al fortalecimiento de capacidades y capital humano de los equipos de RBC se debe promover la vinculación de distintas disciplinas, incluyendo personas desde las ciencias sociales: comunicación social, sociología, trabajo social, antropología, etc., sin perder el nivel de atención primaria en el que se sitúa la estrategia. En este sentido, resulta aconsejable convertir la práctica en construcción de conocimiento, transformarla en un ejercicio investigativo, de formación continua, becas, pasantías, foros y congresos para participar y presentar los desarrollos y el reconocimiento de los profesionales como los llamados *policymakers* o hacedores de política.

El enfoque territorial resulta trascendente para el desarrollo de la RBC; en este sentido, se debe considerar el territorio como unidad psicosocial, socio-histórica, anclado a una perspectiva de recursos. Este enfoque permite ampliar la salud pública como un asunto no exclusivo del sector salud, evita duplicar acciones y permite la construcción de una instalación progresiva en la conversación social local de temas como la discapacidad.

Finalmente, se hace imperiosa la re-conceptualización de lo comunitario y es necesario establecer distinciones a partir de la re-conceptualización contemporánea de los territorios y comunidades rurales en el diseño de políticas públicas, que siguen estando ligadas a las categorías de la sociología de la modernización de los años 50, lo urbano y lo rural como tipos ideales contrapuestos. Categorías para pensar lo rural insertas en política pública no contemplan las distinciones del nuevo escenario y de la variabilidad de expresiones locales en lo rural.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Investigación financiada por el Fondo de Investigación en Salud del Consejo de Ciencia y Tecnología del Gobierno de Chile (FONIS-CONICYT).

Agradecimientos

Además de los autores a co-investigadores de las etapas de diseño y producción de información: Alejandra Vidales, Pablo Tapia, Soledad Bunger, co-investigadores de las etapas de análisis de resultados y conclusiones: Soledad Bunger; equipo de la fase codificación: Rodrigo Guzmán, Iván Torres, Cristian Montenegro, y consultores: Armando Vásquez, Solangel García, Hernán Soto

Referencias

1. **Mora P.** Análisis de la conformación de redes comunitarias que construyen las personas con discapacidad, sus familias y encargos de centros que trabajan con RBC. [Thesis]. Santiago de Chile. Universidad de Chile; 2007.
2. World Health Organization, Swedish Organizations of Disable Persons International Aid Association. Community-Based Rehabilitation as we have experienced it voices of persons with disabilities. Ginebra: WHO, SHIA; 2003.
3. Fondo Nacional de la Discapacidad. Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile. Santiago de Chile: FONADIS; 2005.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2013.
5. Ministerio de Salud: Encuesta nacional de salud ENS 2009-2010. Santiago de Chile; 2010. Chile.
6. Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad Católica de Chile; 2008. Chile
7. Ministerio de Salud. Encuesta nacional calidad de vida y salud. Santiago: INE-MINSAL. 2002. Chile
8. Organización Mundial de la Salud. Guía para la rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Ginebra: OMS; 2012 [cited 2015 Jul]. Available from: <http://goo.gl/Eya6E9>.
9. Chile. Guía para el análisis de equidad en el acceso y los resultados de los programas de salud pública. Santiago de Chile: Ministerio de Salud [cited 2009 May 20]. Available from: <http://goo.gl/tYudNm>.
10. **Canales M.** El grupo de discusión y el grupo focal. In Canales M, editor. Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios. Santiago de Chile: LOM; 2006. p. 265-287.
11. **Delgado J.** Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Santiago de Chile: Síntesis; 1994.