

# MODELO DE ATENCIÓN – PROCESO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL FUNDACIÓN TELETÓN

Claudia María Alzate Cárdenas, Universidad Militar Nueva Granada

## RESUMEN

*El documento formula una propuesta para implementar un modelo de atención – Proceso Rehabilitación Integral, que permita a la Fundación Teletón la prestación de los servicios con calidad y oportunidad; con el desarrollo de la herramienta se brindará a los usuarios continuidad en su Proceso de rehabilitación; concluye con la necesidad de prestar un servicio con calidad a la población en condición de discapacidad, respondiendo a las expectativas de los usuarios y cumpliendo con la razón de ser de la Fundación.*

**PALABRAS CLAVES:** Modelo de atención PRI, prestación de servicios, personas con discapacidad

## MODEL OF CARE - PROCESS OF REHABILITATION FOUNDATION TELETHON

### ABSTRACT

*The document formulates a proposal to implement a model of care - process rehabilitation, the Telethon foundation enabling the provision of services with quality and timeliness; with the development of the tool will be provided to users continuity in their rehabilitation process; It concludes with the need to provide a service with quality to the population in condition of disability, responding to the expectations of users and in compliance with the purpose of the Foundation.*

**JEL:** D21, I12, I3, M3, O32

**KEYWORDS:** Model care PRI, provision of services, people with disabilities

### INTRODUCCIÓN

El informe mundial de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud estima que el 15% de la población mundial vive con alguna discapacidad. En Colombia, la prevalencia es del 6,3% de la población.

En el ámbito del acceso a la atención, la discusión se ha centrado en las dificultades para extender la cobertura de la afiliación al seguro de salud de forma universal. No obstante, la afiliación a un seguro es sólo una de las variables que capacitan para la utilización de servicios. De hecho, se observa un aumento sostenido de quejas a la Superintendencia de Salud y a la Defensoría del Pueblo, y de las tutelas presentadas ante la Corte Constitucional contra las aseguradoras.

Las dificultades de una persona con discapacidad tienen su origen en sus limitaciones personales, pero también y sobre todo en los obstáculos y condiciones limitativas que aparecen en la propia sociedad,

estructurada con base al patrón de la persona que responde al tipo medio. Dentro de estas limitaciones, la posibilidad de desarrollar una vida independiente es quizás una de las que mantiene todavía mayores lagunas.

La autonomía personal es uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de las personas. Por ello, el aprendizaje (y por tanto la enseñanza) de habilidades de autonomía para la vida diaria, habilidades con el vestido, con la alimentación, con el aseo, con las tareas de hogar, realizar trayectos cotidianos, tener responsabilidades y asumirlas; es una necesidad de todas las personas. Este aprendizaje se inicia en los primeros meses y se va desarrollando a lo largo de las distintas etapas de su vida.

Hoy por hoy la sociedad aboga por la pluralidad, la integración de ideas y el encuentro en la sociedad de todos los ciudadanos, motivo por el cual allí se exige diferentes marcos de comprensión, nuevas actitudes hacia la discapacidad desde el respeto a las diferencias y la igualdad de oportunidades de todos los hombres y mujeres, y desde el reconocimiento en el marco de la discapacidad, poner en evidencia que estas personas son capaces de desenvolverse en cualquier ámbito social con mayor autonomía e independencia de la que muchas veces se les reconoce.

La Fundación Teletón Colombia es una organización privada sin ánimo de lucro, con personería jurídica reconocida por el Ministerio de Justicia mediante resolución 3096 de junio 25 de 1974. Fue fundada por el Sr. Carlos Pinzón en 1974 y trabaja en la rehabilitación integral de la población en condición de discapacidad. Actualmente se cuenta cinco Centros de rehabilitación integral.

A la fecha se tiene una gran demanda de los servicios ofrecidos en la Fundación, por lo cual se vio la necesidad de crear un Modelo de atención adecuado al igual que los componentes y características de un plan de mejoramiento continuo para la prestación de los mismos; se considera importante la creación y puesta en marcha del anterior, para ser aplicado de acuerdo a las necesidades ya evidenciadas. Desde allí se realizará un despliegue e implementación como un programa integral, que permita orientar el trabajo institucional y cumplir así su razón de ser con calidad y oportunidad.

La metodología de investigación empleada ha sido la cualitativa. En concreto el método de casos como herramienta de investigación. La recogida de información básica consistió en observaciones sistemáticas, entrevistas semiestructurada llevadas a cabo con el personal asistencial, medico y administrativo. Los resultados ayudaran a sustentar la propuesta en datos concretos que provendrán de las respuestas obtenidas, de las cuales a su vez podremos analizar variables indispensables para identificar las percepciones, conocimientos, intereses, aprovechamiento espacio y tiempo, usos y demás.

## **REVISIÓN LITERARIA**

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentaran dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ellas son múltiples, sistemáticas y varían según el contexto.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), pretende promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación.

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; alrededor del 15% de la población mundial.

Según la encuesta mundial de la salud, cerca de 785 personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad; esta señala que del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento.

El número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población; las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad. Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tránsito, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimenticios y el abuso de sustancias.

Existen obstáculos discapacitantes y el papel que desempeña el entorno para restringir la participación de las personas con discapacidad son los siguientes:

#### Políticas y normas insuficientes

Colombia contaba en 1993 con un sistema de salud segmentado por grupos de población, en función de la capacidad adquisitiva y estatus laboral, en el que cada subsistema funcionaba autónomamente con integración vertical de las funciones de financiación y provisión<sup>12</sup>: el seguro obligatorio que atendía a trabajadores formales o asalariados y empleados públicos, a cargo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y diversas Cajas de Seguros; el sistema público, a cargo del Ministerio de Salud, dirigido a la población con menos recursos, empleados fundamentalmente en la economía informal; y el sistema privado consultorios, clínicas y seguros privados para la población con poder adquisitivo.

Con la reforma introducida por la Ley 100 de 1993, Colombia fue uno de los primeros países de la región en adoptar este tipo de modelo, que generó una introducción en el mercado de numerosas aseguradoras que día a día compiten por la afiliación de la población. En la actualidad la situación del Sistema Obligatorio de Salud estimula a que las diferentes aseguradoras capiten los diferentes servicios para su funcionamiento y mejor manejo económico.

El SGSSS está comprendido por dos esquemas de aseguramiento: el régimen contributivo para la población asalariada y con capacidad de pago, y el régimen subsidiado para la población con menos capacidad económica. La población que no logra ser afiliadas en ninguno de los dos regímenes se denomina “vinculada”, y su atención es provista por instituciones contratadas por el Estado con este fin.

Las funciones del sistema están separadas y son ejercidas por actores independientes: las de rectoría y financiación son responsabilidad directa del Estado; la gestión del aseguramiento, es llevada a cabo por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-S) para el régimen subsidiado; y la provisión es desarrollada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

En el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos (MAPIPOS) del Ministerio de Protección Social se establecen algunas normas que regulan el acceso como la atención por niveles asistenciales, las actividades, intervenciones y procedimientos que se pueden proporcionar en cada uno de los niveles; la definición de la puerta de acceso a las redes de servicios el primer nivel o el servicio de urgencias;

algunas normas relacionadas con la derivación a otros niveles hoja de derivación, desplazamiento, etc., y con la atención urgente.

### Problemas con la prestación de servicios

La carencia de coordinación de los servicios, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia afectan la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para las personas con discapacidad, siendo las más vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención en salud, la rehabilitación, la asistencia y apoyo.

### Financiación insuficiente

Los recursos asignados a poner en práctica políticas y planes son a menudo insuficientes. Las fuentes principales de financiación del Sistema General de de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son las cotizaciones obligatorias, los copagos y cuotas moderadoras, y en menor medida otros ingresos públicos como los impuestos.

Lo anterior conlleva a que dentro del SGSSS existan procedimientos que no se encuentran incluidos dentro del POS, y que deben ser asumidos por los pacientes. Entre esos casos están los pacientes en Condición de discapacidad a quienes en sus aseguradoras solo les prestan rehabilitaciones básicas y que no se cumple con los objetivos y con los alcances de los pacientes. En vista de lo anterior los pacientes acuden a la Fundación teletón, quienes son atendidos mediante subsidios que son otorgados para su proceso de rehabilitación Integral y personalizada, además de la inclusión social, laboral y educativa.

### Falta de accesibilidad

Muchos edificios, calles, los servicios de salud, sistemas de transporte y de información no son accesibles a todas las personas.

La accesibilidad, calidad de los servicios y continuidad en los procesos de rehabilitación, para la Fundación teletón es fundamental y necesaria, motivo por el cual se visualizó la necesidad y por ende puesta en marcha la creación del modelo de atención PRI, ya que es un elemento o indicador fundamental que define el constructo, en el cual el individuo alcanzará la mayor autonomía personal y por ende la Fundación de igual forma estaría cumpliendo con su razón de ser.

La planificación de los servicios frente a la herramienta se debe garantizar, ya que a las personas en condición de discapacidad deben tener continuidad siendo ellos el eje central de la misma, a partir del cual se organizan las acciones y correctivos necesarios según corresponda. El objetivo no es crearla como un supuesto sino que se trata de planificar servicios para el conjunto de los ciudadanos y que cuenten con los soportes necesarios para su rehabilitación.

Se ha considerado como acceso el contacto de los pacientes con los servicios a lo largo del proceso de rehabilitación (paciente-profesional) y no sólo el encuentro inicial, necesario para analizar si los individuos tienen acceso a la atención efectiva y apropiada. Asimismo, el análisis se ha concentrado en el dominio intermedio del acceso desde la búsqueda de atención por parte del individuo, contacto inicial y continuidad de la atención sin considerar los factores relacionados con la necesidad y deseo de la atención.

Con la realización de las Teletones, los recursos que han recaudado gracias al apoyo de las personas que creen en la Fundación, han realizado una inversión social bastante elevada. Este dinero corresponde a: suministro de ayudas técnicas; subsidio para tratamientos de rehabilitación funcional de las personas con

discapacidad física o motora; programas de inclusión laboral; conformación de unidades productivas (UPAS), como formas de emprendimiento laboral; acciones de inclusión educativa; procesos formativos de tipo informal a diferentes actores sociales y alianzas con fundaciones en otras ciudades del país, para desarrollar acciones desde la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad.

### Discapacidad en Colombia

El informe mundial de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud estima que el 15% de la población mundial vive con alguna discapacidad. En Colombia, la prevalencia es del 6,3% de la población. (Anexo 1)

Las proyecciones del Dane a 2012 indican que del total de las personas con discapacidad en el país (2.943.971), el 52,3% está en edad productiva, pero solo el 15,5% de ellas se encuentra realizando algún tipo de trabajo. De igual manera, la entidad señala que solo el 2,5% de este grupo de la población obtiene remuneración de un salario mínimo legal vigente.

Entre tanto, el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD del Ministerio de Salud y Protección Social muestra que hasta octubre de este año se han registrado en el país 882.232 personas con alguna discapacidad. De ellas, el 81% asegura que su condición ha sido motivo para no ser recibida laboralmente. Además, el 61% afirma no estar recibiendo algún tipo de ingreso económico para su subsistencia.

Con lo argumentado anteriormente y con el propósito del diseño metodológico, se llegará a la formulación creativa y al desarrollo del planteamiento teórico- práctico en el que se basa un Modelo de atención PRI, para los Procesos de Rehabilitación Integral para el Centro Teletón.

El modelo diseñado plantea la oportunidad y continuidad en los procesos de rehabilitación, permitiéndose así de igual forma la posibilidad de incorporar aseguradoras para la prestación de los servicios tanto para las instituciones públicas como privadas.

Considerando las características mencionadas y teniendo en cuenta los análisis, he llegado a la conclusión que la metodología más apropiada y conducente para el análisis del formato propuesto consiste en la aplicación de una estrategia de estudio de carácter cualitativo, basada en una investigación empírica a nivel exploratorio. Los resultados ayudaran a sustentar la propuesta en datos concretos que provendrán de las respuestas obtenidas, de las cuales a su vez podremos analizar variables indispensables para identificar las percepciones, conocimientos, intereses, aprovechamiento espacio y tiempo, usos y demás.

Con este modelo se creará mayor conciencia sobre las necesidades de las personas en condición de discapacidad, generando cultura tanto interna como externa y dando a conocer que todos somos autónomos e independientes.

### Hipótesis formuladas

Las hipótesis constituyen una herramienta que nos ayuda a ordenar, estructurar y sistematizar el conocimiento y por ende el análisis de lo propuesto. Se convierte en guía de todo un proceso cuyo objetivo final consiste en determinar si aquellas pueden mantenerse o no, tras ser sometidas a prueba mediante datos empíricos (Arturo de la orden Hoz; 1985: 52).

H1: La fundación no presupuesto la gran demanda para la atención y las necesidades de cada usuario, quienes después del evento y de haber conocido los puntos de atención acudieron para su Rehabilitación.

H2: Con la formulación y puesta en marcha del modelo de atención PRI, se mejoraría sustancialmente los procesos en el área administrativa y por ende operativamente, siendo más eficientes en la prestación de servicios de salud a sus usuarios.

H3: En la Fundación se subsidian los procesos de rehabilitación a los usuarios, lo cual es posible de acuerdo a las donaciones recaudadas anualmente.

H4: Hasta qué punto la Fundación con las infraestructuras existentes y la capacidad tanto funcional como instalada podrá atender a la Población en condición de discapacidad.

## METODOLOGÍA

Esta investigación es de carácter cualitativo y descriptivo, basado en un estudio de casos de la Sede “Centro Teletón” en el que se analiza la implementación y puesta en marcha de un Modelo de atención con calidad y oportunidad, que permita el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de los mismos actores; el método utilizado es el estudio de casos, definido como: «una descripción intensiva, holística y un análisis de una entidad singular, un fenómeno o unidad social. Los estudios de casos son particulares, descriptivos y heurísticos y se basan en el razonamiento inductivo al manejar múltiples fuentes de datos» (Pérez, 1998).

El estudio cualitativo nos permite analizar el fenómeno objeto de estudio en profundidad, y desde la perspectiva de los principales agentes involucrados y de esta manera identificar qué pasa y por qué y a partir de aquí, generar nuevas teorías, *grounded theory*. De esta forma, la presente investigación es un paso inicial hacia una mayor claridad conceptual en lo que respecta a los factores que influyen en la creación del modelo de atención para el acceso a los servicios de Rehabilitación integral.

Tabla 1: Diseño Metodológico

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN
1- Origen Estudio
2- Planteamiento del problema de investigación
3- Planteamiento del problema de mercados
4- Hipótesis
5- Objetivos de la investigación
6- Justificación
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
7- Método cualitativo
TIPO DE INVESTIGACIÓN
8- Investigación de caso
PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA INFORMACIÓN
9- Entrevistas
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN
10- Transcripción y tabulación de la información
11 - Estadística correlacional y graficación

Para llevar a cabo la parte práctica del trabajo, considere necesario establecer un marco de trabajo, que de coherencia a todo el proceso de investigación, por eso lo dividí en cinco partes (basado en McMillan y Shumacher 2005). Fuente: Elaboración propia

### Muestra y caso

La muestra se diseñó para incluir los diferentes grupos de informantes que pueden tener una opinión o influir en el proceso estudiado. Se buscaron aquellos perfiles que pudieran proporcionar discursos diferentes y que permitiesen descubrir e interpretar el fenómeno de la creación e implementación y por ende el acceso a los servicios de salud. Los perfiles definidos fueron: profesionales de salud de cada nivel asistencial y profesionales administrativos.

Los criterios que se aplicaron para seleccionar los informantes de cada perfil son:

Para los profesionales de salud, tener una antigüedad en el centro de al menos un año; para los trabajadores administrativos, trabajar en servicios de apoyo relacionados con la coordinación del paciente con otros niveles asistenciales (admisiones, atención al usuario, trabajo social, auditoría médica, etc.) y antigüedad laboral en la institución mayor a un año.

Para la selección de los profesionales de los servicios de salud se buscó un profesional por cada área de intervención terapéutica del centro. El muestreo fue acumulativo y secuencial, alcanzándose la saturación del discurso.

### Técnica de recogida de datos

La técnica cualitativa que se empleó para recoger la información sobre las opiniones de los informantes sobre el acceso fue la entrevista semiestructurada. Es decir, una conversación en la que la investigadora formula las preguntas a partir de una guía que recoge los temas que se quieren explorar.

Se desarrollaron dos guías: para profesionales de salud y personal administrativo (Anexo 2). En las guías contiene una parte común y otra específica para cada tipo de informantes. Se estructuran en tres partes: opiniones sobre el acceso de la población al seguro de salud (afiliación, elección y cambio de aseguradora); opiniones sobre el acceso al continuo de servicios en las redes, elementos que influyen (políticas, elementos estructurales y organizativos de los servicios, características de la población); y estrategias de mejora.

Las entrevistas se realizaron en el Centro teletón por la falta de disponibilidad de tiempo de los informantes para hacerlas fuera del horario laboral o de permiso.

El final de la muestra fue en promedio entre 21 y 42 informantes. A cada uno de los entrevistados se le solicitó consentimiento para participar en el estudio y autorización para grabar la entrevista. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 35 minutos, fueron grabadas y transcritas para realizar el respectivo análisis de contenido.

Para controlar los factores que amenazan la validez y confiabilidad de los resultados, se tuvo en cuenta los siguientes aspectos: se realizó una prueba piloto a la guía de entrevista con el fin de hacer ajustes y mejorar la técnica como entrevistador; en la realización de la entrevista se vigiló la calidad de la grabación y la transcripción de las mismas, respetándose el anonimato de los entrevistados y asignándole un código específico a cada uno de ellos; los resultados de los análisis fueron compartidos con algunos de los informantes clave para la validación.

Con lo anterior se alcanzó la saturación del discurso, con el fin de poder contextualizar las variables y triangular diferentes momentos para el caso de estudio. La triangulación permite reducir los sesgos de interpretación, mejorar la consistencia de los resultados, corroborar los datos y señalar dimensiones alternativas no contempladas.

## Análisis de datos.

Para el análisis de los datos se utilizó el análisis narrativo del contenido. Para asegurar la calidad de los datos cualitativos se trianguló la información contrastado desde varios puntos de vista, mediante las comparaciones entre los distintos informantes, la intervención de varios profesionales en el análisis con formaciones diferentes y un buen conocimiento del contexto, y la contrastación de los resultados con datos procedentes de otras fuentes. Además los resultados procedentes de las entrevistas se han contrastado con los informantes. La triangulación permite reducir los sesgos de interpretación, mejorar la consistencia de los resultados, corroborar los datos y señalar dimensiones alternativas no contempladas anteriormente.

Se generaron categorías y sub-categorías para el análisis de caso de estudio. Las categorías coincidentes, empleadas en el análisis comparativo, se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 2: Análisis de Caso de Estudio

<b>CATEGORIA DE ANALISIS</b>	<b>SUBCATEGORIA DE ANALISIS</b>
Modelo de atención con calidad y oportunidad	Incremento indiscriminado de pacientes
	No cobertura del POS la Rehabilitación Integral
	Porcentaje de subsidio otorgado por parte de la Fundación
	Gran índice de pacientes en condición de Discapacidad
	Accesibilidad geográfica
	Tiempo espera
	Calidad de la atención
	Incumplimiento
	Características económicas y sociales
Estrategias propuestas para su implementación	Ámbito de las políticas y aplicación del modelo
	Ámbito de los servicios de salud
	Ámbito de la Población

*Se generaron categorías y sub-categorías para el análisis de caso de estudio. Fuente: Elaboración propia*

## **RESULTADOS**

En este apartado expondré los resultados del proceso de investigación que se llevo a cabo. Realizare el análisis de los mismos en función de cada una de las hipótesis.

Los resultados del trabajo los expondré a continuación. Este es una parte de la realidad que se está dando en la Fundación, y que se pretende describir como se está realizando y cuál es la situación del Modelo y por ende seguimiento a la atención de los usuarios en condición de discapacidad.

H1: La fundación no presupuesto la gran demanda para la atención y las necesidades de cada usuario, quienes después del evento y de haber conocido los puntos de atención acudieron para su Rehabilitación.

Tabla 3: Quinquenios por edad

<b>QUINQUENIOS POR EDAD - USUARIOS LISTA DE ESPERA POR EDAD Y GÉNERO</b>		
<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>
0-5 AÑOS	14	11



06-10 AÑOS	16	12
11-15 AÑOS	9	2
16-20 AÑOS	9	5
21-25 AÑOS	5	0
26-30 AÑOS	5	5
31-35 AÑOS	6	2
36-40 AÑOS	4	4
41-45 AÑOS	6	4
46-50 AÑOS	1	2
51-55 AÑOS	8	1
56-60 AÑOS	4	2
61-65 AÑOS	1	1
66-70 AÑOS	2	2
71-75 AÑOS	0	0
76-80 AÑOS	0	2
81-95 AÑOS	1	0
96 - 100 O MAS AÑOS	0	0
TOTALES	91	55

*Número de pacientes según quinquenios por edad en pacientes en espera de rehabilitación integral, donde prevalece el género masculino.  
Fuente: Elaboración propia*

El procedimiento utilizado para obtener esta referencia fueron los quinquenios por edad y los géneros, resultado obtenido de una lista de espera de pacientes quienes requieren ser atendidos e incluidos en un proceso de rehabilitación integral.

Con los resultados expuestos se puede afirmar que existe una gran cantidad de pacientes (146 pacientes) que requieren su proceso de rehabilitación integral, en el cual prevalece el género masculino entre las edades de 06 a 10 años. Además se puede identificar que existe una gran demanda para procesos de rehabilitación.

H2: Con la formulación y puesta en marcha del modelo de atención PRI, se mejoraría sustancialmente los procesos en el área administrativa y por ende operativamente, siendo más eficientes en la prestación de servicios de salud a sus usuarios.

Este procedimiento se realizó mediante la tabulación de los pacientes que se encuentran activos en procesos de rehabilitación con su respectiva intensidad y horarios según el Plan de Rehabilitación ordenado.

Tabla 4: Modelo de atención PRI

ITM	NOMBRE PACIENTE	HORA/ÁREA	T.O	T.F	FONO	ED. ESPECI AL	PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA
		LUNES- MIERCOLES - VIERNES						
1		7:00	1	6	5	4	3	2
2		7:30	2	1	6	5	4	3
3		8:00	3	2	1	6	5	4
4		8:30	4	3	2	1	6	5
5		9:00	5	4	3	2	1	6
6		9:30	6	5	4	3	2	1

NÚMERO	NOMBRE PACIENTE	HORA/ÁREA	T.O	T.F	FONO	ED. ESPECIAL
		MARTES Y MIÉRCOLES				
7		7:00	1	6		4
8		7:30	2	1	6	5
9		8:00	3	2	1	6
10		8:30	4	3	2	1
11		9:00	5	4	3	
12		9:30	6	5	4	3

Modelo de atención PRI desarrollado de acuerdo a la capacidad instalada vs funcional del Centro Teletón Soacha. Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a lo anterior hubo la necesidad de crear tres bloques de atención en los siguientes horarios:

De 7:00 a.m. a 10:00 a.m.

De 10:00 a.m. a 1:00 p.m.

De 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

Lo enunciado anteriormente se llevo a cabo para garantizar el cubrimiento en la atención tanto de las áreas de intervención ordenadas desde el área de Fisiatría para su proceso de rehabilitación, al igual que la continuidad de los mismos.

H3: En la Fundación se subsidian los procesos de rehabilitación a los usuarios, lo cual es posible de acuerdo a las donaciones recaudadas anualmente.

Para poder llevar a cabo este indicador se hizo necesario la obtención de datos como los subsidios y porcentajes de los mismos otorgados en el semestre anterior para los pacientes que solicitaron los servicios.

Tabla 5: Subsidios otorgados por la Fundación

% SUBSIDIO OTORGADO	CANTIDAD DE PACIENTES
60%	3
65%	1
70%	1
75%	7
80%	80
85%	37
90%	110
95%	157
100%	276
<b>TOTAL</b>	<b>672</b>

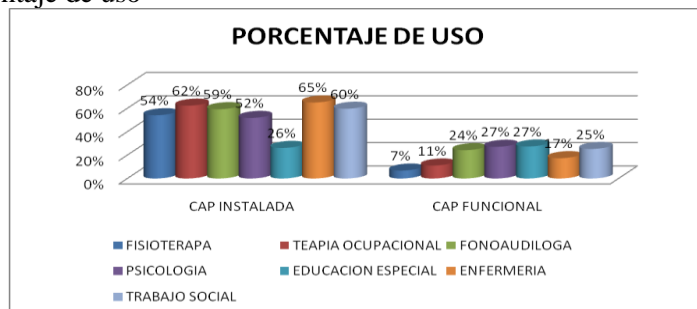
Se visualiza que 672 pacientes acudieron a la Fundación para solicitar un % de subsidio para su proceso de rehabilitación PRI, de los cuales 276 pacientes fueron subsidiados en un 100%. Fuente: Elaboración propia

Finalmente se visualiza que en el último semestre del año 2013, fueron otorgados 672 subsidios, en donde el 41% de éstos fueron al 100%, demostrándose y cumpliendo con la razón de ser de la Fundación.

H4: Hasta qué punto la Fundación con las infraestructuras existentes y la capacidad tanto funcional como instalada podrá atender a la Población en condición de discapacidad

Este resultado se obtiene de la cantidad de funcionarios activos vs cantidad de consultorios, gimnasios e implementos de trabajo en cada una de las áreas del Centro, así se obtendrá la capacidad funcional de acuerdo a la capacidad instalada.

Figura 3: Porcentaje de uso



Con la muestra tomada, se puede visualizar que se tiene un porcentaje de uso que está por debajo a la capacidad funcional, evidenciándose que se puede realizar evacuación de la lista de espera según lo planteado en la primera hipótesis formulada.

## CONCLUSIONES

Se visualiza y analiza con la investigación la carencia con la que tiene el Centro Teletón con respecto a un modelo de atención PRI que le permita establecer la cantidad de usuarios posibles a atender de acuerdo a su capacidad funcional y de acuerdo a la demanda ya existente con respecto a las personas en condición de discapacidad.

Con el alto crecimiento y las cifras del DANE con respecto a la discapacidad en Colombia se hace evidente la necesidad e implementación del modelo PRI, para llevar a cabo la atención con Calidad en la prestación de servicios de forma personalizada que requerirán los pacientes, así como la continuidad de los servicios, atención que sólo es ofrecida en forma global en los Centros de Rehabilitación Teletón.

No solamente los usuarios se verán beneficiados con la herramienta; la Fundación también, ya que contará con un instrumento que ayudara a minimizar los riesgos por la no oportunidad en la atención, lo cual conlleva a tener unas estadísticas más acordes con su capacidad funcional vs capacidad instalada, además de disminuir la insatisfacción de los usuarios ya que se cumplirá con la razón de ser.

Se considera fundamental la coordinación y el apoyo entre las diferentes áreas tanto administrativas como asistenciales ya que trabajan personas más vulnerables por su condición de discapacidad.

Con lo anterior, se puede decir que el modelo de atención PRI, incide positivamente en cada uno de los procesos llevados a cabo dentro del Centro teletón para las personas en condición de discapacidad. De igual forma se considera necesario seguir evaluando y ofreciendo mejoramiento oportuno a los diferentes servicios ofertados, para así lograr el perfeccionamiento de la herramienta.

Finalmente, animar a todo el personal implicado a seguir cumpliendo con la razón de ser de la Fundación, al mismo tiempo ofrecer a las personas con discapacidad las intervenciones necesarias que favorezcan su desarrollo personal y profesional que las EPS no les ofrecieron.

## ANEXOS

### Anexo 1: Prevalencia discapacidad

PREVALENCIA DISCAPACIDAD CENSO 2005				
DEPARTAMENTO	TOTAL HOMBRES	TOTAL MUJERES	TOTAL	PREVALENCIA
Amazonas	1487	1293	2780	4,1
Antioquia	180567	168453	349020	6,1
Arauca	7988	7567	15555	6,7
Atlántico	55442	54991	110433	5,1
Bogotá, D.C.	167571	177720	345292	5,0
Bolívar	51635	52677	104312	5,6
Boyacá	55663	55430	111093	8,8
Caldas	35083	33131	68214	7,0
Caquetá	17072	15327	32399	7,7
Casanare	9801	8525	18326	6,2
Cauca	64240	58885	123124	9,7
Cesar	27523	26681	54204	6,0
Chocó	14838	15817	30655	6,8
Córdoba	40549	38725	79274	5,4
Cundinamarca	80844	76481	157325	6,9
Guainía	979	921	1901	5,4
Guaviare	2739	1928	4667	4,9
Huila	46751	40762	87514	8,7
La Guajira	12472	13090	25561	3,8
Magdalena	32443	31390	63833	5,6
Meta	24537	20927	45463	5,8
Nariño	71785	71593	143377	9,3
Norte de Santander	46926	45102	92028	7,4
Putumayo	13158	11825	24983	8,1
Quindío	21502	21239	42740	8,0
Risaralda	31122	30758	61880	6,9
San Andrés	1927	2166	4094	5,8
Santander	68615	64439	133054	6,8
Sucre	21112	20578	41690	5,4
Tolima	56505	50700	107205	7,9
<b>Total Nacional</b>	<b>1368282</b>	<b>1397209</b>	<b>2765491</b>	<b>6,4</b>
Valle del Cauca	137551	143290	280841	6,7
Vaupés	1572	1511	3083	7,8
Vichada	1635	1468	3103	5,6

Fuente: estadísticas del DANE 2005

## Anexo 2: Guía Entrevistas personal de la salud y personal administrativo

### Guía de entrevista: profesionales de salud de los servicios

Fecha:

Lugar de la entrevista:

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Duración entrevista:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Titulación:

Cargo:

Tiempo trabajando en la institución:

#### 1. Implementación modelo de atención

- a) ¿Qué servicios son ofertados por parte de la Fundación Teletón?
- b) ¿Cómo es el proceso para ingresar un usuario a la Fundación?
- c) ¿Qué opina de este proceso?
- d) ¿Qué trámites administrativos tiene que hacer el paciente para su proceso de rehabilitación?
- e) Cuando acude algún paciente para recibir atención sin estar afiliado a alguna de las aseguradoras (ARS o EPS) que les cubra su proceso de rehabilitación, ¿qué ocurre?
- f) ¿El Centro tiene capacidad para atender a las poblaciones vecinas de Cundinamarca, así como a las de los departamentos de Boyacá, Tolima, Huila y Meta?
- g) ¿Qué factores dificultan la correcta y oportuna atención en el Centro teletón?
- h) ¿Se puede escoger servicios para la rehabilitación? ¿Cómo es el proceso?
- i) ¿Qué información se proporciona para ello? ¿Cómo es el proceso?
- j) ¿Qué opina de la cantidad de servicios ofrecidos para proporcionar una atención al nivel adecuado a la población?
- k) ¿Existe un límite de atención por área, tanto terapéutica como médica para los pacientes en su proceso de rehabilitación?
- l) ¿Qué opina de los horarios de atención para prestar una atención adecuada?
- m) ¿Cómo cree que influye un buen proceso en la calidad de la prestación de los servicios de salud?
- n) ¿Por qué cree que no se había implementado antes un modelo de atención?
- ñ) ¿Cree usted que se está realizando una priorización acorde a los diagnósticos de cada paciente?
- o) ¿qué elementos están dificultando la creación de un modelo coordinación? y ¿cuáles cree que lo facilitarían?
- p) ¿Qué políticas, objetivos o estrategias se han implementado para mejorar la oportunidad entre los niveles asistenciales? ¿Y la accesibilidad a los servicios de las diferentes áreas terapéuticas?
- q) ¿Cuál es la discapacidad más frecuente entre la población atendida por la Fundación?

## Guía de entrevista: personal de apoyo administrativo

Fecha:

Lugar de la entrevista:

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Duración entrevista:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Titulación:

Cargo:

Tiempo trabajando en la institución:

### 1. Implementación modelo de atención

a) ¿Qué servicios son ofertados por parte de la Fundación Teletón?

b) ¿Cómo es el proceso para ingresar un usuario a la Fundación?

c) ¿Qué opina de este proceso?

d) ¿Qué trámites administrativos tiene que hacer el paciente para su proceso de rehabilitación?

e) Cuando acude algún paciente para recibir atención sin estar afiliado a alguna de las aseguradoras (EPS-S o EPS) que les cubra su proceso de rehabilitación, ¿qué ocurre?

f) ¿Todos los pacientes que acuden a la Fundación por subsidio, les es otorgado un % para su rehabilitación?

g) ¿El Centro tiene capacidad para atender a las poblaciones vecinas de Cundinamarca, así como a las de los departamentos de Boyacá, Tolima, Huila y Meta?

h) ¿Qué factores cree usted que están dificultan la correcta y oportuna atención en el Centro teletón?

i) ¿Qué opina de la cantidad de servicios ofrecidos para proporcionar una atención al nivel adecuado a la población?

j) ¿Qué opina de los horarios de atención para prestar una atención adecuada?

k) ¿Existe un límite de atención por área, tanto terapéutica como médica para los pacientes en su proceso de rehabilitación?

l) ¿qué estrategias y mecanismos se podrían implementar para mejorar la oportunidad de atención de la población que ya realizó sus trámites respectivos?

m) ¿Qué estrategias o mecanismos por parte de la coordinación médica, cree usted que debería implementar para mejorar la oportunidad y continuidad en la atención?

## BIBLIOGRAFÍA

ALONSO SECO, J. M. Y CASADO, D. (Coord.) (1999). Curso sobre Prevención de Deficiencias. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 33/99.

Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad Saúde Pública. 2002; 18(4):905-25.

Barnes, C., "Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental" en Discapacidad y Sociedad, L. Barton (comp.), Morata S.L., Madrid, 1998

Bossert Th. 2000. La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica. Un análisis comparado de Chile, Colombia y Bolivia. .Harvard School of Public Health, Mimeo

Céspedes JE, Jaramillo-Pérez I, Castaño R. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cad Saúde Pública. 2002; 18(4):1-12.

Cortés Ramírez, J. A. [2006, julio]. El método de casos como alternativa para el desarrollo y la evaluación de competencias. Ponencia presentada en International Conference on Case Method Research and Application, Brisbane, Australia.

GEORGE A. STEINER (2009). "Planificación Estratégica, Lo que Todo Director debe Saber". Trigésima Sexta Reimpresión. Editorial CECSA

Grech S. Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. International Journal of Disability, Community and Rehabilitation, 2008, 7(2) ([http://www.ijdc.ca/VOL07\\_02\\_CAN/articles/grech.shtml](http://www.ijdc.ca/VOL07_02_CAN/articles/grech.shtml), accessed 4 August 2010).

Hernández, Fernández Baptista. "Metodología de la Investigación". McGraw Hill 1994. Colombia

Iñiguez L. El debate sobre metodología cuantitativa versus cualitativa. Universidad Autónoma de Barcelona. 2004, Disponible en: <http://antalia.uab.es/liniguez/>

Jaramillo-Pérez I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Bogotá: Frescol-Fes-FRB-Fundación Corona; 1999.

Martínez, P (2006) "El Método de Estudio de caso, estrategia metodológica de Investigación Científica" Universidad del Norte. Pensamiento y Gestión N 20. p. 165-193

Mella, O. 1998 Mella, O. [1998]. Naturaleza y Orientaciones Teórico-Metodológicas de la Investigación Cualitativa. Recuperado en octubre de 2006, de <http://pato.padilla.googlepages.com/mella.pdf>

MENDEZ, Carlos Eduardo. Metodología, diseño y desarrollo del proceso de investigación. Cuarta edición.

MENDIETA, P. y GARCÍA-SÁNCHEZ, F.A. (1998): "Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios". Siglo Cero 29 (4), 11-22. 116

MORALES, P. (1988). Medición de actitudes en psicología y educación. Construcción de escalas y problemas metodológicos. San Sebastian

República de Colombia. Ley 100/1993, de diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.

República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 5261 de 1994.

Restrepo JH. El seguro y el acceso a los servicios de salud. Observatorio de la Seguridad Social. 2005; 11:7-9.

Rialp i Criado A. (1998). El Método del Caso como técnica de investigación y su aplicación al estudio de la función directiva. Ponencia presentada en el IV Taller de Metodología ACEDE, celebrado en Arnedillo (La Rioja), 23-25 de abril de 1998.

Scholz, R.W. y Tietje, O. [2001]. Embedded case study methods: integrating quantitative and qualitative knowledge. Thousands Oaks: Sage.

Taylor S.J, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Barcelona. Edit. Paidós. 1994

## **BIOGRAFÍA**

Administradora de Empresas de la Universidad CEIPA y estudiante de la Especialización de Alta Gerencia de la Universidad Militar Nueva Granada, Dirección Carrera 11 No 101-80 Conmutador: (57+1) 2757300, (57+1) 6343200, Correo electrónico: [claudia.alzate@unimilitar.edu.co](mailto:claudia.alzate@unimilitar.edu.co) y [claudiaenlinea@yahoo.es](mailto:claudiaenlinea@yahoo.es)