



# Lógicas dominantes en la formulación de políticas y organización de servicios que inciden en el acceso a la rehabilitación integral\*

## Dominant Logics at the Policy Making and Services Organization that Affect the Access to Comprehensive Rehabilitation

### Lógicas dominantes na formulação de políticas e organização de serviços que incidem no acesso a reabilitação integral

Fecha de recepción: 16-01-16 Fecha de aceptación: 18-02-16 Disponible en línea: 03-05-16  
doi:10.11144/Javeriana.rgyps15-30.ldfp

#### Cómo citar este artículo:

Molina-Achury NJ, Mogollón-Pérez AS, Balanta-Cobo P, Moreno-Angarita M, Hernández-Jaramillo BJ, Rojas-Castillo CP. Lógicas dominantes en la formulación de políticas y organización de servicios que inciden en el acceso a la rehabilitación integral. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2016; 15(30): 94-106. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.ldfp>

Nancy Jeanet Molina-Achury\*\*

Amparo Susana Mogollón-Pérez\*\*\*

Paola Balanta-Cobo\*\*\*\*

Marisol Moreno-Angarita\*\*\*\*\*

Blanca Janeth Hernández-Jaramillo\*\*\*\*\*

Claudia Patricia Rojas-Castillo\*\*\*\*\*

\* Artículo de investigación. Se presenta una parte del estudio “El acceso a los servicios de rehabilitación integral en Colombia: una aproximación desde los conceptos y las prácticas de distintos actores sociales”, financiado por el Fondo de Investigaciones de la Universidad del Rosario (dvg 125), el cual fue desarrollado por investigadores de los grupos de investigación en Ciencias de la Rehabilitación (Universidad del Rosario), Kinesología, Salud y Desarrollo, Discapacidad, Políticas y Justicia Social y Ocupación y Realización Humana (Universidad Nacional de Colombia). Inicio: marzo del 2012, finalización: junio del 2013. Por favor, dirigir la correspondencia a Nancy Janet Molina Achury. Correo electrónico: njmolinaa@unal.edu.co

\*\* Doctora en Medicina Preventiva. Profesora asociada, Departamento del Movimiento Corporal Humano, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: njmolinaa@unal.edu.co

\*\*\* Doctora en Salud Pública e Investigación Biomédica. Profesora titular, Programa de Fisioterapia, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Correo electrónico: amparo.mogollon@urosario.edu.co

\*\*\*\* Magíster en Psicología con énfasis en investigación psicosocial. Profesora auxiliar, Programa de Terapia Ocupacional, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Correo electrónico: paolabalanta@gmail.com

\*\*\*\*\* Doctora en Salud Pública, profesora del Departamento de la Comunicación Humana, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: marisolmorenoa@gmail.com

\*\*\*\*\* Doctora en Neurociencias Cognitivas. Profesora principal, Programa de Fonoaudiología, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Correo electrónico: blanca.hernandez@urosario.edu.co

\*\*\*\*\* Terapeuta ocupacional y magíster en Educación. Profesora del Departamento de la Ocupación Humana, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: cprojasc@unal.edu.co



### **Resumen**

*Introducción:* en Colombia, la reforma del sistema de salud generó inequidades en el acceso a los servicios, entre ellos la rehabilitación; escasa identificación de necesidades de la población y baja respuesta intersectorial a sus problemáticas. *Metodología:* estudio exploratorio, descriptivo-interpretativo, con enfoque cualitativo. Se desarrollaron dieciocho entrevistas individuales semiestructuradas y seis grupos focales con gestores, prestadores de servicios de rehabilitación, representantes de organizaciones sociales, académicos, cuidadores y pacientes. *Resultados:* se evidenció la ausencia de un enfoque de derechos, la focalización y el modelo de aseguramiento en salud como lógicas dominantes en la formulación de políticas. Existe una mirada reduccionista de la rehabilitación y modelos de organización de servicios con baja respuesta a las necesidades de la población con discapacidad. *Conclusión:* se plantea la necesidad de reconceptualizar el acceso a los servicios, reivindicar la rehabilitación como derecho y rediseñar modelos de organización de servicios.

**Palabras clave:** accesibilidad a los servicios de salud; rehabilitación; política pública; discapacidad; Colombia

### **Abstract**

*Introduction:* The health sector reform in Colombia, generated inequities in access to services, including rehabilitation; poor identification of population needs and low sectorial response to their problems. *Methodology:* An exploratory, descriptive-interpretative qualitative study was carried out. Individual semi-structured interviews and focus group were conducted to policy makers, providers, rehabilitation professionals, professors, social organizations, persons with disabilities and caregivers. *Results:* The absence of a rights approach, targeting and the model of health insurance, as dominant logics policy stands. There is a reductionist view of rehabilitation and services organization models with low response to the needs of people with disabilities. *Conclusion:* The need to reconceptualize access to services arises; rehabilitation is claimed as a right that demands redesign of services and organization models.

**Keywords:** health services accessibility; rehabilitation; public policy; disability; Colombia

### **Resumo**

*Introdução:* Na Colômbia, a reforma do sistema de saúde gerou iniquidades no acesso aos serviços, entre eles a reabilitação; escassa identificação de necessidades da população e baixa resposta intersectorial a suas problemáticas. *Metodologia:* estudo exploratório, descriptivo-interpretativo, com enfoque qualitativo. Desenvolveram-se 18 entrevistas individuais semiestructuradas e 6 grupos focais com gestores, prestadores de serviços de reabilitação, representantes de organizações sociais, académicos, cuidadores e pacientes. *Resultados:* se evidenciou a ausência de um enfoque de direitos, identificando a focalização e o modelo de asseguramento em saúde como lógicas dominantes na formulação de políticas. Existe um olhar reducionista da reabilitação e modelos de organização de serviços com baixa resposta às necessidades da população com deficiências. *Conclusão:* se propõe a necessidade de reconceituar o acesso aos serviços, reivindicar a reabilitação como direito e redesenhar modelos de organização de serviços.

**Palavras-chave:** acessibilidade aos serviços de saúde; reabilitação; política pública; deficiências; Colômbia

## Introducción

Un 15% de la población mundial presenta discapacidad (1); en Colombia alcanza el 6,3% (2) y en Bogotá el 5% (3). Desde un enfoque de derechos, la organización de servicios de rehabilitación orienta la respuesta a necesidades sociales (4). No obstante, la población que requiere estos servicios enfrenta barreras de acceso a servicios educativos, básicos y empleo (5-7).

En Colombia, la información es insuficiente para identificar las necesidades relacionadas con la oferta y la demanda de servicios de rehabilitación, sus características y ubicación (6,8,9). Las necesidades hacen referencia a carencias y privaciones económicas, déficits en respuestas sociales o institucionales y falta de garantía para promover capacidades y potencialidades, resultando complejas, diversas, cambiantes y articuladas (6, 10,11).

La aproximación a las necesidades de las personas con discapacidad no aborda relaciones que expliquen su presencia y perpetuación en la vida de personas y colectivos. La organización de servicios en países con sistemas nacionales de rehabilitación muestra diversidad y complejidad de propuestas (12-15). Sus experiencias incluyen modos de atención (ordenamiento curativo-funcional y promocional-autonomía); modelos de servicios (clínico, ambulatorio, autogestión, de base comunitaria, gestión de casos, cuidado compartido) (16,17); fases de organización de servicios (hospitalaria, post-hospitalaria, larga permanencia); beneficiarios y tipo de discapacidad (18,19); servicios y programas; niveles de gestión (autocuidado, profesionales de Atención Primaria en Salud, equipo multidisciplinar especializado); articulación interna y con sectores de servicios sociales (20); diversidad territorial (15,21) e indicadores de calidad, oportunidad e integralidad, entre otros.

El balance de las políticas públicas en materia de servicios de rehabilitación (22) muestra bajo reconocimiento de sus necesidades, debilitamiento del Estado como garante de derechos, transformación de los sistemas de seguridad social y baja construcción de ciudadanía. Lo anterior se vincula con concepciones limitadas de la discapacidad influenciadas por el modelo biomédico, que se ha alejado de la rehabilitación como asunto social y requiere una acción individual y colectiva desde la perspectiva de derechos y la política pública (23,24).

Existe una lógica reduccionista del Estado como garante de derechos, que cuestiona lo público, debilita el ejercicio de ciudadanía y pone al mercado como ordenador de la dinámica social (25). Las políticas públicas asumen una lógica focalizada y sectorizada que desconoce el marco de derechos.

Los sistemas de seguridad social y de salud, orientados por lógicas mercantilistas, limitan la respuesta social a las necesidades (6,26) y organizan la oferta de servicios con una orientación funcional corporal, pobre gestión de calidad y bajo trabajo en red, lo cual, unido a barreras económicas, culturales y de transporte, restringe el acceso a los servicios de rehabilitación (13).

La sociedad carece de una construcción sólida de ciudadanía, resultado de un proceso histórico restringido. Los procesos organizativos que reivindican los derechos son débiles y no construyen condiciones favorables de participación (6,26).

Lo anterior plantea la importancia de caracterizar las lógicas dominantes en la formulación de políticas públicas y organización de los servicios que determinan el acceso a la rehabilitación de las personas con discapacidad en Bogotá.



## **Metodología**

Estudio cualitativo exploratorio, descriptivo-interpretativo, realizado en Bogotá. Se efectuó un muestreo teórico en dos etapas. Se seleccionaron instituciones relacionadas con la rehabilitación: organismos gubernamentales, universidades, prestadores de servicios y organizaciones sociales. Posteriormente, se identificaron actores relacionados con rehabilitación: responsables de formular e implementar políticas públicas, académicos, profesionales, representantes de organizaciones sociales, gestores de servicios, gestores y profesionales de servicios de educación inclusiva, personas con discapacidad y cuidadores. Se desarrollaron dieciocho entrevistas individuales semiestructuradas y seis grupos focales (32 participantes). Se logró la saturación.

Las entrevistas y los grupos focales fueron grabados y transcritos literalmente. Se efectuó un análisis narrativo de contenido. Los datos se segmentaron por categorías y grupos de participantes. Los discursos fueron seleccionados, codificados y clasificados, y se identificaron patrones comunes a nivel de convergencias y divergencias, mediante un proceso de comparación constante. Se trianguló la información con distintos informantes, técnicas de recogida de datos y analistas. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario. Los participantes firmaron su consentimiento informado. Se garantizó el anonimato de participantes e instituciones.

## **Resultados**

### **Lógicas imperantes en las políticas públicas**

La mayoría de los entrevistados señalaron que el acceso a los servicios en el marco de

las políticas es de difícil cumplimiento, no se visualiza como un derecho para el conjunto de la población y desvirtúa las acciones de rehabilitación, al no garantizar el desarrollo de las personas y la satisfacción de necesidades: “no hay planes de acción que le den cumplimiento a las políticas ¿qué pasa con las políticas?, ise quedan en papel, ¿dónde están los programas, las acciones y los proyectos que te permitan cumplir eso que dice el papel?... ahí es donde está el quiebre” (Gestor servicios de rehabilitación 2).

Los actores identifican que la focalización tiene un peso importante en la formulación de políticas relacionadas con el acceso a los servicios de rehabilitación: “tenemos sesgos hacia la pobreza y el conflicto. Lo que más altera es esa visión de pobreza y esa visión de focalización que tenemos en el país, o sea focalizar a los pobres más pobres. Eso hace que estemos fragmentando la posibilidad de acceso a ciertos servicios” (Formulador de política 1).

En los discursos emergen tres factores que explican la focalización: la relación política pública-mitigación de la pobreza, que conlleva lógicas y mecanismos que priorizan la población que requiere servicios, y no el acceso para todos. La relación política pública-conflicto, en términos de factor causal y como mecanismo de presión en el marco del proceso de rehabilitación a la población víctima del conflicto, centrada en salud mental. La relación política pública- grupos vulnerables, entendida en articulación con las anteriores.

Los diversos actores manifiestan que el modelo de aseguramiento adoptado por el sector salud, centrado en la capacidad de pago, la diferenciación de planes de beneficios por régimen de afiliación y el modelo de competencia, genera barreras que limitan el acceso a los servicios de rehabilitación: “la salud del régimen subsidiado, tiene unos límites y generalmente los límites siempre se nivelan

por lo bajo. Se presta atención médica básica, pero no se realizan procesos de rehabilitación más allá de esa mínima básica [...] todo eso tiene que ver con costos y las empresas van al costo básico” (Gestor de servicios de rehabilitación 1).

### Visión de las necesidades en rehabilitación

Para las personas con discapacidad, cuidadores y miembros de organizaciones sociales, son múltiples las necesidades relacionadas con el acceso a los servicios de rehabilitación desde los derechos: aquellas relacionadas con la perspectiva funcional que responden a las condiciones del individuo a lo largo de su vida: “para mí, cualquier servicio de rehabilitación que sea efectivo, tiene que ser sobre la necesidad de cada individuo, no de cada diagnóstico, de cada enfermedad o trastorno” (cuidador 1); aquellas que propenden por la seguridad económica y que expresan la necesidad de empleo digno, acceso a la educación y apoyo para generar ingresos a nivel familiar y de cuidadores, distanciadas de la visión asistencialista del Gobierno: “el gobierno piensa que necesitan un mercado, que como están en casa y no pueden producir, entonces les damos una canasta [...] piensa que si se les da un proyecto o siete meses de una rehabilitación, ya la persona sale rehabilitada y empiezan a trabajar y se les acabó su discapacidad” (persona con discapacidad 1).

Asimismo, se destaca la necesidad de contar con información y formación en derechos relacionados con el acceso a los servicios. Los gestores señalan la responsabilidad de las personas con discapacidad de conocer la oferta y mecanismos para acceder a los servicios; en tanto que cuidadores y miembros de organizaciones sociales, manifiestan que la falta de información no es responsabilidad del cuidador, sino de las aseguradoras y prestadores de servicios.

Finalmente, las personas con discapacidad consideran que familias, cuidadores y ellos mismos deben tener acceso a oportunidades para desarrollarse integralmente y contemplan la participación de distintos sectores, entre ellos educación, salud y trabajo: “las familias de una persona con discapacidad, lo que necesita son oportunidades: educación, salud, trabajo, oportunidades para desarrollarse funcionalmente y como persona, como ser humano” (persona con discapacidad 1). Se destaca la importancia de cuidadores y familia en la rehabilitación e inclusión social. Aunque las redes de apoyo familiar y social se reconocen como fundamentales en el proceso de rehabilitación, existen situaciones que no permiten su apoyo efectivo, por razones económicas, culturales o sociales. Los miembros de organizaciones sociales consideran que la gestión y las demandas de las familias logran mejores servicios y atención integral para las personas con discapacidad.

### La formulación de políticas en relación con las necesidades en rehabilitación

El primer aspecto que se destaca en la formulación de políticas para usuarios, cuidadores y miembros de organizaciones sociales, es el concepto de acceso a los servicios de rehabilitación integral, vinculado al sector salud, desde una mirada reduccionista que no incorpora una visión de necesidades vinculadas al desarrollo de proyectos de vida, seguridad económica y autonomía.

En la formulación de políticas, es débil la participación de las personas con discapacidad y predominan visiones negativas respecto a ellas. Para los tomadores de decisión, no se valora la participación social y se desconfía de quienes participan. Igualmente, consideran que no se logra legitimidad, representatividad y visión de lo público, y priman intereses particulares y prácticas clientelistas: “la participación en Bogotá tiene un proble-



ma y es que no se trabaja con comunidad de base, se trabaja con líderes que ya tienen otro nivel y que terminan siendo líderes politizados que están por encima de las necesidades de su comunidad” (formulador de política 5).

De acuerdo con miembros de organizaciones sociales y gestores de instituciones de educación inclusiva, existen dificultades en la concepción y acción desde lo público y se requieren acciones de exigibilidad para reivindicar el acceso a los servicios.

### Impactos de la política sobre el acceso: concepto y organización de los servicios

**La mirada del acceso a los servicios de rehabilitación.** La visión del acceso a los servicios de rehabilitación se aborda desde tres perspectivas: una que reivindica la oferta de bienes y servicios, otra que aborda una mirada funcionalista y aquella que lo asume como inclusión social desde una enfoque de derechos.

Para tomadores de decisión y profesionales, el acceso a la rehabilitación en las políticas públicas se entiende como la posibilidad de recibir la oferta de bienes y servicios y contar con el apoyo efectivo de distintos sectores sociales: salud, educación, trabajo, deporte, recreación, cultura, etc., para garantizar que las personas con discapacidad cumplan un papel acorde con sus capacidades y potencialidades, enmarcado en el reconocimiento de su ciudadanía: “es la posibilidad de que las personas puedan acceder a una serie de planes, políticas, programas, servicios, bienes, estoy hablando de dos cosas, políticas públicas y bienes y servicios [...] la posibilidad de las personas de recibir nuevas atenciones, no atención como atención en salud, sino como servicios, bienes” (Formulador de política 1).

Con mayor énfasis, los distintos actores enunciaron el acceso a los servicios de rehabilitación integral como acceso a servicios de salud, específicamente las terapias relacionadas con el proceso de habilitación-rehabilitación: “en los tomadores de decisión, prima una mirada biomédica centrada en la rehabilitación funcional, que a su vez se circunscribe en la carencia; ese fue el modelo rehabilitador en Colombia, por lo menos desde los años cuarenta. Yo diría que ese persistió hasta por lo menos entrado el siglo XXI. Apenas se está rompiendo ese paradigma” (Académico 2). Por ello, se enuncia el enfoque de derechos como posibilidad de inclusión social, con un componente intersectorial y de reconocimiento a la diversidad que se relaciona con la participación de los movimientos sociales.

### Modelos de organización y prestación de servicios

En los discursos de distintos actores se destacan cuatro características en los modelos de organización de servicios: ausencia de integralidad, fallas en georreferenciación, pobre trabajo intersectorial y enfoque de mercantilización.

Para tomadores de decisión y representantes de organizaciones sociales, existen tres tendencias en la oferta de servicios: una funcional, que fomenta la evaluación, intervención y seguimiento de acciones clínicas. Otra orientada hacia la inclusión ocupacional y social de la persona con discapacidad, centrada en la rehabilitación funcional y laboral, que delimita competencias para las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Aseguradoras de Riesgo Laboral (ARL) y define tiempos para la atención: “nosotros brindamos rehabilitación funcional y rehabilitación profesional, la funcional lo atiende su EPS, la profesional la ARL, entonces nos han remitido las ARL [...] la rehabilitación



integral es básica funcional y profesional, y son 6 meses, 4 meses en básica, y 2 meses en profesional, pero les brindamos toda su integralidad” (gestor de servicios de rehabilitación 3). Y una tercera, que parte de la rehabilitación funcional e incorpora acciones de inclusión social, con propuestas que superan el espectro de lo institucional.

Los formuladores de política tienen una mirada restringida de la integralidad, en aquellas instituciones que aunque proveen todos los servicios, no favorecen el desarrollo de acciones coordinadas entre ellos: “aún en el servicio donde se garantiza todo [...] no le brindan atención integral. Es integral porque lo ve fonoaudiología, fisioterapia, eso lo ven todos [...] entonces es integral, ¡pero eso no es integrador!” (formulador de política 1).

La mayoría de los participantes hace referencia a la ausencia de integralidad en la prestación de servicios de rehabilitación ofertados desde el sector salud, como consecuencia de la compra fragmentada de servicios que establecen las aseguradoras: “la rehabilitación funcional ahí está todo en el Plan Obligatorio de Salud, el lío es que eso se preste realmente integral. Porque las EPS segmentan los servicios, o sea, demandan aquí la fisioterapia, allí la terapia ocupacional” (formulador de política 1), con consecuencias directas para los usuarios, ya que para recibir el esquema completo de rehabilitación, deben trasladarse a diversas instituciones: “no hacen integralidad, y todavía siguen desarticulando a la persona, [lo que sugieren es] váyase a hacer terapia física allá en Tunjuelito, vaya a que le hagan la otra en otro lado y si lo va a valorar el médico, entonces es en el cuarto nivel” (gestor de servicios de rehabilitación 2).

En relación con la distribución territorial de los servicios, se presentaron discrepancias. Para algunos tomadores de decisión, la oferta de servicios en distintas localidades

favorece la cobertura. Para las personas con discapacidad y organizaciones sociales, la oferta de servicios no cumple criterios de georreferenciación, en tanto priman tarifas diferenciadas que traen como consecuencia el que las familias y los usuarios no puedan asumir los costos, o bien que desistan de la atención ofrecida en lugares lejanos a su residencia: “en la prestación del servicio depende de a quién se le venda el servicio, entonces si yo estoy en el grupo X, a ellos no les interesa donde estoy ubicada, sino donde se presta el servicio más barato [...], no hay un criterio de accesibilidad” (representante de organización social 1).

Los distintos actores sostienen que la organización de los servicios responde a una lógica interna por sector, en donde cada uno ejecuta acciones de su competencia, sin que exista articulación en la toma de decisiones: “hay una desintegración entre los sectores, una desarticulación. Educación trabaja un tema, integración otro, protección trabaja otro y eso se refleja en el concepto y la mirada que se tiene de la persona, cada uno se encarga de un pedacito, porque cada institución vive y se debe a un plan como institución, no a la persona” (persona con discapacidad). En la organización de los servicios establecida por los diferentes sectores sobresale un escaso reconocimiento de lo que los demás sectores y organizaciones pueden ofrecer.

La privatización y la búsqueda de rentabilidad económica han sometido la prestación de servicios de rehabilitación al dominio del mercado. Los gestores de servicios manifiestan que en el sector salud, los modelos de contratación generan una dinámica de maximización de beneficios que fomenta el desarrollo de estrategias de control de la atención: “por la tramitología que tienen esas EPS, para la gente es imposible acceder a esos servicios” (gestor de servicios de rehabilitación 5). Esto genera impactos



negativos sobre la persona con discapacidad y sus familias, que conllevan pérdida de tiempo e incremento de gastos de bolsillo, desincentiva la búsqueda de atención y exige la interposición de mecanismos de exigibilidad de derechos, como alternativa para garantizar el acceso a los servicios. La mercantilización de los servicios desvirtúa las acciones de rehabilitación, dada la falta de interés por garantizar el desarrollo de las personas; de allí que sus servicios se ofrezcan descontextualizados y no den cuenta de la satisfacción de necesidades.

Finalmente, gestores, profesionales y académicos muestran preocupación por los costos de los servicios de rehabilitación; desconocimiento de su estimación en formuladores de políticas y gestores de servicios, déficits en la planificación y oferta de servicios principalmente públicos y ausencia de evaluación de su costo-efectividad. Adicionalmente, existe una débil articulación público-privada, con pobre reivindicación de los derechos, predominio de intereses particulares y ausencia de agendas compartidas.

## Discusión

Existe consenso en los participantes en torno a la ausencia de políticas que enfatizan en el acceso a los servicios de rehabilitación, en contraste con la importancia atribuida a la rehabilitación integral por parte de los actores. Este vacío se suple con la existencia de políticas en el campo de la discapacidad (27-28) que plantean la reflexión en una lógica de acciones de planeación, administración, normalización, promoción, prevención, habilitación/rehabilitación, investigación y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. Esta tendencia a relacionar rehabilitación integral con discapacidad tiene tres implicaciones. Primera, hereda un profundo debate sobre la coexistencia de

enfoques que no guardan correspondencia, como el Manejo Social del Riesgo (29), el de integración social y el de derechos. Segunda, recoge una discusión sobre si existe política o no en discapacidad (6). Y tercera, ubica la reflexión en una visión alejada del concepto de rehabilitación integral, entendida como un proceso que busca dar respuesta a las necesidades vinculadas a las capacidades y funcionamientos de los sujetos y colectivos, que articula políticas, programas, servicios e iniciativas del Estado y la sociedad, desde una perspectiva de derechos que destaca la autonomía y la libertad de los sujetos, la acción intersectorial y la organización social (30). Toda esta aspiración recoge la preocupación por el desarrollo pleno de las capacidades humanas y las oportunidades para realizar los seres y hacerlos deseados (31). Se desconoce así una mirada más centrada en las capacidades humanas y en los potenciales de los individuos, de forma tal que privilegie la autonomía para elegir los proyectos de vida que consideren valiosos (32).

Esta visión se proyecta sobre la valoración de la estructura formal y normativa de las políticas públicas nacionales, que denota la ausencia de una visión de rehabilitación integral y de un sistema articulado, con procesos actualizados y continuos. La situación no cambia en el caso de Bogotá, en términos de la valoración que se hace de la existencia de normas articuladas a discapacidad, pero sin garantía de acceso a la rehabilitación, sin una lógica de continuidad para avanzar en la materialización de los derechos, con problemas de información en torno a los servicios ofertados y distribución inequitativa de servicios (33). Las deudas de justicia con esta población son crecientes y no logran garantizar el goce efectivo de los derechos que contempla la Política Pública de Discapacidad, desconociendo la vida digna, que favorezca el desarrollo del proyecto de vida de seres y hacerlos valiosos para las personas (32).



No se puede desconocer que situaciones contextuales como la pobreza y el conflicto han generado rezagos en el desarrollo del país, al tiempo que se constituyen en el centro de políticas sociales o prácticas partidistas. Si bien con respecto a la pobreza se han desarrollado estrategias para su reducción, que han influido en las reformas sociales, macroeconómicas y estructurales, la lucha contra la pobreza se formula como una estrategia para el crecimiento económico del país (34). La pobreza, al ser el centro de las políticas, focaliza recursos para su solución, excluyendo a grupos sociales con necesidades de acceso a los servicios de rehabilitación. Aunque existen algunos desarrollos en áreas como la atención a población desplazada y con discapacidad (35), quienes estudian la asociación pobreza-conflicto-discapacidad sostienen que ni en los reportes de pobreza, ni tampoco en los planes gubernamentales, se muestra cómo el conflicto o el desempleo afectan a las personas con discapacidad, su nivel de riesgo y vulnerabilidad.

En el caso del conflicto armado, aunque se reconoce como causal de discapacidad, resulta difícil estimar sus costos (10) y solo el 0,4% de la población con discapacidad lo atribuye como generador de su condición (7), lo que supone vacíos para valorar sus impactos directos o indirectos. De igual manera, existen dificultades para identificar acciones que sea necesario desarrollar, y aunque existen avances como la Ley 1448 (36), en relación con medidas de atención, asistencia y reparación integral de las víctimas del conflicto armado, en lo que compete a la rehabilitación existen tres inquietudes: persistencia de un enfoque diferencial que prioriza grupos poblacionales; énfasis en la restauración funcional, que aun cuando resulta indispensable dentro del proceso de rehabilitación integral, amerita trabajarse en estrecha relación con otras necesidades del individuo (37); y finalmente, la preocupación

por la atención psicosocial, que fragmenta la atención y desconoce miradas amplias de la rehabilitación integral.

La valoración negativa de las políticas públicas tiene que ver con el concepto de discapacidad que la sociedad y sus actores asumen. Los participantes mencionan la persistencia de visiones centradas en la lógica biológica de función física (38,39), con prevalencia del abordaje médico-profesional (40) y escaso reconocimiento del proyecto de vida de los sujetos. El vínculo de rehabilitación con acciones de reparación y énfasis en salud mental que mantiene dicho enfoque, impacta la formulación y el desarrollo de políticas públicas e impide una progresión hacia una perspectiva integral. Aun así, es posible encontrar voces que reivindican el enfoque de derechos, inclusión social, intersectorialidad, diversidad y participación efectiva e incidente. Más allá de ello, no se encontraron referencias en relación con la autonomía o autodeterminación, requerimientos exigidos por los movimientos sociales de las personas con discapacidad. El enfoque de las capacidades humanas no es un referente considerado explícitamente en la perspectiva de oferta de servicios de rehabilitación (32).

Se demuestra que si bien existe una evolución del concepto de discapacidad-rehabilitación (41-43), se mantiene una lógica focalizada y fragmentada de respuestas a las necesidades de la población en materia de servicios de rehabilitación, caracterizadas por acciones de corte sectorial, sin una mirada integral del sujeto y sus necesidades, quien recibe del Estado beneficios por una condición particular pero no por el conjunto de sus necesidades. De allí la importancia de que las políticas públicas retomen un enfoque universalista-poblacional que comprenda las necesidades de las personas y se aleje de propuestas focalizadoras, sin perder el reconocimiento de la diferencia y la diversidad (43).



En Bogotá, aunque existen normativas y voluntad política para legitimar y promover acciones que conduzcan a la rehabilitación integral, se advierte una brecha entre la norma y las acciones implementadas. Pareciera que predominan acciones aisladas, poco fundamentadas en la evidencia y centradas en lo funcional. Lo anterior, si bien es un aspecto que amerita analizarse a profundidad, puede ser considerado resultado del proceso de reforma administrativa distrital (44), que proponía conformar una oferta de servicios y una organización del sistema de atención incorporando diversos sectores. Esto puede ser visto como un avance, ya que es un tema incorporado a la agenda política.

Para el logro de un trabajo articulado entre sectores, es necesario identificar los retos inherentes a las dinámicas de cada país o región y las particularidades que los caracterizan (29) y promover que el Estado regule y sea garante de una oferta de servicios integrales.

Esta tendencia contrasta con el debilitamiento del Estado y del sector público en Colombia en la asignación de roles y en la provisión de servicios vinculados con el Derecho. Es necesario recalcar la competencia del Estado como garante de los derechos de las personas con discapacidad y enfatizar en el carácter dinámico de las alianzas público-privadas, que no deben remplazar al Estado en sus funciones, siendo importante contar con un ente rector con una vocación intersectorial y transectorial que genere espacios de diálogo y cuente con liderazgo y capacidad operativa para monitorear su cumplimiento (6).

En el componente de participación se evidencia baja legitimidad, representatividad, formación, información, visión del interés general y dominio de lógicas clientelistas. Hallazgos que coinciden con estudios previos donde las personas con discapacidad refieren que su participación es casi nula al momento

de definir políticas que influyan en su propia vida, resaltándose poco conocimiento de los espacios de participación (6).

Es necesario entender que el proceso de formulación de políticas públicas presenta una permanente tensión: de una parte, el Estado en su rol rector debe garantizar el cumplimiento de compromisos políticos y éticos consignados en la Carta Constitucional (45) y en pactos internacionales (46), y de otra, enfrentarse a presiones que favorecen escenarios que privilegian intereses particulares sobre los colectivos, alimentados en gran medida por modelos neoliberales que conllevan un detrimento de los valores que sustentan el reconocimiento de los derechos y que lejos de superar los problemas sociales, generan injusticia e inequidades (47).

Aunque las políticas neoliberales han permeado todos los sectores, uno de los más afectados es el sector salud, que tradicionalmente cubre la prestación de servicios de rehabilitación. A este respecto, existen restricciones al acceso a los servicios de rehabilitación, derivadas de la concepción y el diseño de políticas, así como de la aparición de la figura de la intermediación con ánimo de lucro. Con relación al primer caso existen problemas de cobertura en los planes de beneficios, indefinición en las prestaciones a las que se tiene derecho e inequidades por tipo de aseguramiento (48). En cuanto a la intermediación, diversos estudios han señalado la adopción de estrategias de control de la atención por parte de las aseguradoras, que imponen barreras a los servicios, principalmente a la población con menores recursos económicos, y sustentan el postulado de que el aseguramiento no es sinónimo de acceso a los servicios de salud (49-50).

En este sentido, existen críticas a los procesos de reforma al sector salud orientados según principios neoliberales, que no han dado solución a los problemas del sector (3,50)

y generan inequidades en la prestación de los servicios de salud, en particular a la población más vulnerable, entre la cual se encuentran las personas con discapacidad. Esto último evidencia la urgencia de dar respuestas intersectoriales a sus necesidades.

La lógica del modelo económico, que impone criterios de rentabilidad a la oferta de bienes y servicios vinculados con los derechos, está presente en los testimonios de los actores. A esto se suman lógicas de poder de grupos de interés que contribuyen a su permanencia, así como la presunción del alto costo de los servicios de rehabilitación integral. Estos, al no ofertarse, quedan fuera del alcance de quienes los necesitan y, asimismo, se desconocen sus costos reales (10). Por ello, preocupa la mala calidad de los servicios y el uso desproporcionado de recursos sin mayores logros en el bienestar de las personas con discapacidad (51).

La intersectorialidad, entendida como la concertación de distintos sectores sociales para dar solución a problemáticas de salud, bienestar y calidad de vida (14), evidencia poco desarrollo. No obstante, existen algunos avances en la delimitación y generación de propuestas desde sectores como salud, educación, deporte e integración social, que intentan equiparar oportunidades, focalizar la oferta para grupos poblacionales por ciclo vital, articular el sector público-privado y generar iniciativas que trasciendan lo funcional. De allí que se requieran acciones con diferentes sectores y actores y representantes de la comunidad, con el fin de establecer mecanismos de participación, identificación de necesidades, estrategias de trabajo en equipo, entre otros aspectos que favorezcan procesos intra e intersectoriales.

## Conclusión

104 Los resultados del estudio plantean la necesidad de reconceptualizar el acceso a los

servicios de rehabilitación, con el ánimo de generar compromisos intersectoriales que rompan con las respuestas reduccionistas a las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias. Se requieren cambios estructurales y profundos en la organización y prestación de servicios, así como en el recurso humano involucrado, que permitan superar el modelo de mercado y avanzar hacia un enfoque de derechos que garantice el goce efectivo del acceso a los servicios de rehabilitación, con un papel claro del Estado como su garante.

**Agradecimientos:** las autoras expresan su agradecimiento al Fondo de Investigaciones de la Universidad del Rosario por la financiación del proyecto y a todas las personas e instituciones que participaron en el estudio.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Banco Mundial. Informe Mundial sobre la discapacidad. 2011 [Informe en internet] [acceso: 1º de junio del 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
2. Gómez-Aristizábal L, Avella-Tolosa A, Morales, LA. Observatorio de Discapacidad de Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2015; 33 (2): 277-85.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas 2007 [Internet] [acceso: 1º de junio del 2014]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/Bogota%20SEPT%202007.pdf>
4. De Negri A. A human rights approach to quality of life and health: Applications to public health programming. Health and Human Rights. 2008; 10 (1): 93-101.
5. Moreno M. Concepciones y políticas en discapacidad: Un binomio por explorar. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2007.
6. Departamento Nacional de Planeación. Evaluación institucional y de resultados cualitativos a la Política Nacional de Discapacidad. Contrato 550-2011. Bogotá: Econometría; 2012.
7. Serrano CP, Ramírez C, Abril JP, Ramón LV, Guerra LY, Clavijo N. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. Rev Univ Ind Santander. Salud. 2013; 45 (1): 41-51.
8. Fundación Saldarriaga Concha. Estudio nacional de necesidades, oferta y demanda de servicios de



- rehabilitación. 2003 [informe en Internet] [acceso: 1º de junio del 2014]. Disponible en: [http://www.saldarriagaconcha.org/\\_media\\_/u2/saldarriagaconcha.org/images/fsc/pdf/biblioteca\\_virtual/discapacidad/estadisticas\\_e\\_investigaciones/02\\_estudio\\_nal\\_nec\\_of\\_y\\_demand.pdf](http://www.saldarriagaconcha.org/_media_/u2/saldarriagaconcha.org/images/fsc/pdf/biblioteca_virtual/discapacidad/estadisticas_e_investigaciones/02_estudio_nal_nec_of_y_demand.pdf)
9. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social 80. Política Pública Nacional de Discapacidad 2004 [Internet] [acceso: 1º de junio del 2014]. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/080.pdf>
  10. Hernández-Jaramillo J, Hernández-Umaña I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2005; 7 (2): 130-44.
  11. González CI. Discapacidad, exclusión en salud [tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
  12. Ueda S. Rehabilitation research and development in physical medicine in Japan: a historical and state-of-the-art review. *J Rehabil Res Dev Clin* 1995; 32 (2) (Supl.): 9-11.
  13. Camden C, Swaine B, Tétreault S, Brodeur MM. Reorganizing pediatric rehabilitation services to improve accessibility: do we sacrifice quality? *BMC Health Serv Res*. 2010; (10): 227.
  14. Florit P. La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba. *Rev Cub Salud Pública*. 2004; 3 (1): 1-34.
  15. Iemmi V, Kumar S, Blanchet K, Hartley S, Murthy G, Patel V, et al. Community-Based Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries. 2013 [Internet] [acceso: 1º de junio del 2014]. Disponible en: <http://www.campbellcollaboration.org/lib/project/244/>
  16. Mc Coll MA. Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009; 90 (9): 1523-31.
  17. Bingham S, Beatty P. Research Article Rates of access to assistive equipment and medical rehabilitation services among people with disabilities. *Disabil Rehabil*. 2003; 25 (9): 487-90.
  18. Hwang K, Johnston M, Tulsy D, Wood K, Dyson-Hudson T, Komaroff E. Access and Coordination of Health Care Service for People with Disabilities. *J Disabil Policy Stud*. 2009; 20: 28-34.
  19. Dow B, Moore K, Dumber JM, Nankervis J, Hunt S. Rehabilitation in Practice: A description and evaluation of an innovative rural rehabilitation programme in South Eastern Australia. *Disabil Rehabil*. 2010; 32 (9): 781-9.
  20. Culpepper WJ, Cowper-Ripley D, Litt ER, McDowell TY, Hoffman PM. Using geographic information system tools to improve access to ms specialty care in Veterans Health Administration. *J Rehabil Res Dev*. 2010; 47 (6): 583-91.
  21. Vásquez AJ, Rodríguez S. Políticas sociales y rehabilitación integral en los países del Cono Sur. 2002 [informe en Internet] [acceso: 13 de enero del 2015]. Disponible en: [http://www.paho.org/nic/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=294&Itemid=235](http://www.paho.org/nic/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=294&Itemid=235)
  22. Oliver, M. Understanding disability: From theory to practice, segunda edición. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2009.
  23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ministerio de Educación Gobierno de Chile. Seminario internacional: inclusión social, discapacidad y políticas públicas. 2005 [Internet] [acceso: 15 de diciembre del 2014]. Disponible en: [http://www.unicef.cl/archivos\\_documento/200/Libro%20seminario%20internacional%20discapacidad.pdf](http://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro%20seminario%20internacional%20discapacidad.pdf)
  24. Alzate ML, López L, Velásquez V. Una mirada de la rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería. *Av Enferm*. 2010; 28 (1): 151-64.
  25. O'Meara G, Ruiz F, Amaya JL. Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia. Bogotá: Ceja; 2003.
  26. Echeverry-López ME. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2011; 10 (20): 97-109.
  27. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social 166. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social. 2013 [Internet] [acceso: 1º de junio del 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/CONPES166.pdf>
  28. Congreso de la República de Colombia. Ley 1145 de 2007, Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 46685. Bogotá: Congreso de la Republica, 10 de julio del 2007.
  29. Cecchini S, Martínez R. Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2011.
  30. Mogollón-Pérez AS, Molina NJ, Moreno M, Balanta P, Hernández J, Castillo C. Informe final. El acceso a los servicios de rehabilitación integral en Colombia: una aproximación desde los conceptos y las prácticas de distintos actores sociales. Bogotá: Universidad del Rosario y Universidad Nacional de Colombia; 2013.
  31. Nussbaum M. Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión. Barcelona: Paidós; 2006.
  32. Moreno, M. Infancia, políticas y discapacidad. Bogotá: Editorial Unibiblos; 2011.
  33. Restrepo D, Hernández M, editores. Inequidad en salud en Bogotá. Convocatoria para la acción colectiva. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia. Colección La Seguridad Social en la Encrucijada, tomo 7; 2012.
  34. López H, Núñez J. Pobreza y desigualdad en Colombia. Diagnóstico y estrategias. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2007.
  35. Ministerio de la Protección Social, Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los refugiados (Acnur). Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en

- Colombia. 2011 [internet] [acceso: 25 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Directriz%20Persona%20en%20Desplazamiento%20con%20Discapacidad.pdf>
36. Congreso de la República de Colombia. Ley 1448 de 2011. Ley de víctimas y restitución de tierras, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas de conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la Republica, Diario Oficial 48096, 10 de junio del 2011.
  37. Wolkstein E, Smith J. The rehabilitation movement: A resurgence in theory and practice. *Journal of Jewish Communal Service*. 2010; 85 (2-3): 310-9.
  38. Flanagan S, Zaretsky H, Moroz A, editores. *Medical Aspects of Disability: A Handbook for the Rehabilitation Professional*, cuarta edición. New York: Springer Publishing Company; 2010.
  39. O'Callaghan AM, McAllister L, Wilson L. Barriers to accessing rural pediatric speech pathology services: Health care consumers' perspectives. *Australian Journal of Rural Health*. 2005; 13 (3): 162-71.
  40. Centeno A, Lobato M, Romanach J. Indicadores de vida independiente para la evaluación de políticas y acciones desarrolladas bajo la filosofía de vida independiente. 2008 [internet] [acceso: 27 de abril del 2015]. Disponible en: [http://www.udg.edu/Portals/92/ecis/Indicadores\\_de\\_Vida\\_Independiente%52%5D.pdf](http://www.udg.edu/Portals/92/ecis/Indicadores_de_Vida_Independiente%52%5D.pdf)
  41. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de política, habilitación/rehabilitación integral, para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas en situación de discapacidad. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
  42. Mejía L. Evaluación del programa proyectos departamentales y distritales de atención integral de Personas con discapacidad del Ministerio de la Protección Social. *Colombia Internacional*. 2008; 68: 108-26.
  43. García-Ruiz, S, Ruiz-Varón E, Díaz-Hernández T, Rozo-Lesmes P, Espinosa de Gutierrez G. El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas. *Inves Segur Soc Salud*. 2010; 12: 129-42.
  44. Concejo de Bogotá, D.C. Acuerdo 119 de 2004. Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Bogotá D.C. 2004-2008. Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión. Registro Distrital 3111. Bogotá: Concejo de Bogotá, 3 de junio del 2004.
  45. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. República de Colombia, 6 de julio del 1991.
  46. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. 2006 [Internet] [acceso: 13 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=13&pid=497>
  47. Molina N, De Negri A. Elementos filosóficos, programáticos y de la gestión en el sector de integración social y la política social del distrito, Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá y Secretaría Distrital de Integración Social; 2009.
  48. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón-Pérez AS, Unger JP. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 297-308.
  49. Ramírez H, Vélez S, Vargas V, Sánchez C, Lopera J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. *Colombia Médica*. 2001; 32: 10-3.
  50. Homedes N, Ugalde, A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17 (3): 210-20.
  51. Fundación Saldarriaga Concha, Fundación Santa Fe de Bogotá. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. 2009 [Internet] [acceso: 15 de enero del 2015]. Disponible en: <https://mesadesplazamientoydiscapacidad.files.wordpress.com/2010/05/doc-fundac-2009.pdf>

