

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD SOCIAL PARA LA FORMULACIÓN DE UN
PROYECTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS DE
FISIOTERAPIA Y KINESITERAPIA CON BASE EN LA DEMANDA DE
USUARIOS DE COOMEVA EPS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA**



Universidad
Tecnológica
de Pereira

**JHON ALEJANDRO VILLA SANTACOLOMA
CARLOS ENRIQUE DURANGO HENAO**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA
2012**

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD SOCIAL PARA LA FORMULACIÓN DE UN
PROYECTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS DE
FISIOTERAPIA Y KINESITERAPIA CON BASE EN LA DEMANDA DE
USUARIOS DE COOMEVA EPS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA**

**JHON ALEJANDRO VILLA SANTACOLOMA
CARLOS ENRIQUE DURANGO HENAO**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA
PEREIRA
2012**

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD SOCIAL PARA LA FORMULACIÓN DE UN
PROYECTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS DE
FISIOTERAPIA Y KINESITERAPIA CON BASE EN LA DEMANDA DE
USUARIOS DE COOMEVA EPS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA**

**JHON ALEJANDRO VILLA SANTACOLOMA
CARLOS ENRIQUE DURANGO HENAO**

**Trabajo de Grado para optar al Título de
FISIOTERAPEUTA Y KINESIOLOGO**

**Directora
ANGELA JASMIN GOMEZ HINCAPIE
MAGISTER EN GERENCIA DEL TALENTO HUMANO**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA
PEREIRA
2012**

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

Pereira, Julio de 2012.

DEDICATORIA.

A mis padres, esposa, hijos, abuela, tías y familiares con todo mi amor, que hicieron parte de todo este proceso educativo, acompañando cada triunfo y fracaso, al tiempo que daban sus manos llenas de consejos y palabras alentadoras sin dudar un solo instante de mis capacidades.

**JOHN ALEJANDRO VILLA
SANTACOLOMA**

A mi hijo, Madre, Beto, Esposa, Familiares y a todas aquellas personas que me acompañaron en este sueño que se hace realidad.

CARLOS ENRIQUE DURANGO HENAO

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por haberme dado la perseverancia para finalizar mi pregrado en medio de tantas adversidades, a mis padres Alba lucia y Jhon Nelson, a mi abuela Deifilia y a mis tías Liliana y Olga.

A mi esposa Luisa Fernanda y a mis hijos María Camila y Juan Pablo.

**JOHN ALEJANDRO VILLA
SANTACOLOMA.**

A Dios, mi hijo, Madre, Beto, Esposa y Familiares.

CARLOS ENRIQUE DURANGO HENAO.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. MARCO TEORICO.....	15
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES	15
4.2 MARCO REFERENCIAL	25
4.3 MARCO CONCEPTUAL.....	32
4.4 MARCO JURIDICO	41
5. METODOLOGÍA	45
5.1 DISEÑO	45
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	45
5.3 VARIABLES.....	46
5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	47
6. RESULTADOS.....	48
7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	63
8. CONCLUSIONES.....	65
9. RECOMENDACIONES.....	66
10. BIBLIOGRAFIA.....	67
ANEXOS	72

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Primeras causas de Morbilidad por consulta. Total Pereira 2007	25
Tabla 2 Primeras causas de morbilidad por consulta según grupos de edad. Pereira 2007.....	26
Tabla 3 Total de consumo individual efectivo del 2000 al 2007	30
Tabla 4 Ponderación por Estratos para Pereira 2005 Ponderación por estratos para Pereira 2005	31
Tabla 5 Variables	46

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1 Dolor de espalda, nuca o cuello en población de 18 a 69 años	27
Grafica 2 Discapacidad en los últimos treinta días en población de 18 a 69 años	28
Grafica 3 Pereira, Dosquebradas y la Virginia. Distribución de ocupados según	29
Grafica 4 Profesión u oficios de los encuestados	48
Grafica 5 Estratificación de los encuestados.....	49
Grafica 6 ¿Su asignación salarial se encuentra entre?.....	49
Grafica 7 ¿Presenta alguna condición de dolor que le moleste, dificulte o impida la realización de actividades cotidianas?	50
Grafica 8 ¿El dolor que padece es constante?	50
Grafica 9 ¿La zona que afecta el dolor se ubica en?	51
Grafica 10 ¿En alguna ocasión ha necesitado de la prestación de un servicio de fisioterapia o kinesioterapia?	52
Grafica 11 ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a la causa del servicio?	52
Grafica 12 ¿Está usted satisfecho con los servicios que le han prestado de Fisioterapia y kinesioterapia?.....	53
Grafica 13 ¿Terminó todas las sesiones de fisioterapia y kinesioterapia que le mando el médico?.....	54
Grafica 14 ¿Después de haber terminado el servicio de fisioterapia quedo satisfecho?.....	55
Grafica 15 ¿Ha presentado dificultades para dar continuidad a las sesiones de fisioterapia?.....	56
Grafica 16 ¿Las causas de estas interrupciones obedecen a motivos de?	57
Grafica 17 ¿Considera que sería bueno que alguna empresa prestara servicios de fisioterapia y kinesioterapia a domicilio?	58
Grafica 18 ¿Utilizaría los servicios de una empresa de fisioterapia y kinesioterapia que le brinde la posibilidad de atención a domicilio?.....	58
Grafica 19 ¿En qué jornada se sentiría más cómodo para recibir los servicios de fisioterapia y kinesioterapia?	59
Grafica 20 ¿Cuánto considera que podría pagar por un servicio de fisioterapia y kinesioterapia a domicilio con una hora de duración?.....	59
Grafica 21 ¿Compraría paquetes de servicios de fisioterapia y kinesioterapia para prestarlos a domicilio que reúnan la cantidad de sesiones recomendadas por el médico y que además resultaran un poco más económicos?	60
Grafica 22 ¿Conoce de alguna otra persona que no haya respondido esta encuesta, que necesite y le interese pagar por la prestación de servicios de fisioterapia y kinesioterapia a domicilio?.....	61
Grafica 23 ¿Cómo le gustaría que le llegara la información de los servicios que la empresa de fisioterapia y kinesioterapia le puede ofrecer?.....	61

RESUMEN

El proyecto tuvo como objetivo mostrar la factibilidad social que presentan los usuarios de Coomeva EPS, frente a los servicios domiciliarios de Fisioterapia y Kinesioterapia, identificando las necesidades para establecer una propuesta donde se oferte este tipo de servicio que atienda de manera integral al paciente interviniendo no solo la dolencia del individuo, sino también, buscando potencializar la condición física del resto del cuerpo en pro de mejorar el desempeño funcional y hacer que logre la mayor independencia posible, además de humanizarlo, y minimizar los tiempos en la asignación de las atenciones, llevando así de la manera más rápida y efectiva a buen término las metas propuestas sobre el usuario .

Se aplicó la encuesta a un grupo poblacional de 72 personas correspondiente al universo poblacional que incluyó tanto género femenino como masculino pertenecientes al proyecto de Promoción de Actividad Física, y que a su vez forman parte del programa de Alto Riesgo Cardiovascular.

En este estudio se observó, que aunque el 59.7% de la población participante, eran pertenecientes a un sector donde cuyos ingresos mensuales promedio estaban alrededor del mínimo vital (entre 1 y dos salarios mínimos); el mayor porcentaje de la población consideró que podría existir la necesidad que alguna empresa oferte los servicios de fisioterapia y kinesioterapia a domicilio, ya sean para ser usados por ellos mismos o por personas ajenas que por cualquier situación requieran de este tipo de asistencia; así lo demostraron los resultados donde se pretendía conocer si consideraban bueno que este tipo de servicio se ofreciera y si los usarían, alcanzando porcentajes casi unánimes de 92% y 90% respectivamente.

Se concluyó que el mayor porcentaje del grupo encuestado, apoyaría una propuesta para la prestación del servicio domiciliario de Fisioterapia y Kinesioterapia, para lo cual se formuló un proyecto que satisfaga las necesidades frente a este tipo de servicio.

Palabras Claves: Home health care, Servicio a domicilio de fisioterapia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado lo que se observa y se comenta a nivel municipal, departamental y nacional, tanto por usuarios, como por los profesionales a cargo, parece ser que en Colombia existe una tendencia donde se señala que los fisioterapeutas que trabajan en los centros de salud, realizan el tratamiento mediante intervenciones con un gran número de pacientes por hora, donde por razones de peso se torna complicado para el profesional, el manejo adecuado de cada uno de sus pacientes, entendiéndose adecuado como toda aquella intervención donde los métodos se ajustan de manera idónea al manejo integral del individuo desde sus esferas biológicas, psicológicas, y sociales; y no tan solo a dolencias o afecciones circunstanciales; reflejándose de forma negativa en la calidad de los servicios prestados, la inconformidad de los usuarios, y en última, el grado de efectividad que puedan tener estos servicios.

Del mismo modo es necesario mencionar, que al parecer en nuestro sistema de salud, los servicios de fisioterapia y rehabilitación, son en primera instancia, formulados de forma estandarizada con un número de sesiones que supone el médico tratante, sin tener en cuenta principios de individualidad ya que no tienen en consideración que cada usuario posee procesos de recuperación diferentes, además de los largos periodos que pasan para ser adjudicadas las citas y comenzar los procesos de rehabilitación; dejando de lado, que los procesos de reparación y regeneración estructural son de horas o días, y por ende se necesita de procesos de rehabilitación y reeducación inmediatos.

Desde esta perspectiva, hay una tendencia actual en el área de la salud que se encamina hacia la prestación de servicios médicos domiciliarios, ya que buscan una mayor aproximación, satisfacción, participación e implicación del profesional, el paciente y de su familia en los cuidados médicos, donde a su vez, se logren mejores beneficios frente a la evolución de la enfermedad, mayor humanización de la asistencia, disminución de casos de dependencia del hospital (hospitalismo), desaparición de las infecciones intrahospitalarias e incluso disminución de la frecuencia de las visitas a urgencias y de los ingresos inadecuados. Además, hay estudios que objetivan una reducción de los costos cuando el paciente es tratado en régimen de hospitalización domiciliaria

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la expectativa que tienen los usuarios de Coomeva EPS del sector salud en el Municipio de Pereira, frente a la prestación de un servicio de Fisioterapia y kinesiterapia?

2. JUSTIFICACION

Parece ser que el sistema de salud actual que rige nuestro país, tiene un modelo de direccionamiento donde la calidad de intervención al usuario sugiere tratar al paciente con los aspectos vitales básicos, dejando a un lado la calidad en la prestación del servicio y el interés en llegar a todo los tipos de pacientes sin importar la condición que estos presenten, la idea del servicio no es solo abarcar estrictamente el plano físico, sino también, el aspecto emocional, económico y social para las personas, familias, y todos aquellos que cumplen el papel de cuidadores.

Consideramos que en el siglo XXI la atención en fisioterapia no ha de ser un lujo, sino un derecho en salud en donde todos los sistemas han de facilitar que este tipo de atención no solo se realice en un centro asistencial sino que se acerque más al ciudadano, llegando al domicilio cuando es necesario. La frase “si no vienes, no existes” al parecer, es normalmente el pensamiento actual en muchos centros asistenciales o entornos salubristas, ya que solo se limitan a tratar las afecciones de los pacientes que los visitan en sus respectivos centros y que en muchas ocasiones requieren de grandes esfuerzos físicos, asistenciales, económicos e incluso de transporte debido a todo el conjunto de deficiencias que estos pueden presentar.

Son muchas las expectativas y ansiedades que las personas tienen ante el servicio domiciliario de fisioterapia, tales como: la tranquilidad por sentirse en casa y no en un hospital o cualquier otro entorno sanitario, la sensación del profesional por estar invitado en la casa de otro y cumplir con la expectativa del paciente, la sonrisa del paciente al caminar por su piso, al llegar a su cocina, al abrir la llave y mojar sus manos, tener el permanente apoyo moral que le brinda toda la familia y en ultimas toda aquella ambientación que le promete seguridad completa, mejorando sus resultados frente al tiempo y calidad de recuperación.

El servicio domiciliario considerado de esta manera, está dirigida a aquellas personas que bien por su situación de salud o por problemas socio sanitarios, requieren cuidados en el domicilio de carácter temporal o permanente, entendienddo que la complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización. Aunque en principio los usuarios son personas que no pueden acudir al centro de salud, generalmente se incluye también aquellas personas que tienen grandes dificultades para desplazarse.

Es importante conocer además, que los objetivos del servicio domiciliario están enmarcados en: mejorar el estado de salud de la persona, proporcionar independencia e integración con el entorno y servir de apoyo al paciente y a la familia. Por ello, frente a otros tipos de asistencia, la atención domiciliaria, puede suponer varias ventajas como la individualización, la intervención en su entorno, una atención más eficaz y humana, además de reducir costos tanto para las EPS en términos de gastos operacionales por ingresos y estancias hospitalarias, como para los usuarios que pagan de forma particular por este tipo de servicio ingresando a un centro asistencial; además, de acuerdo al perfil profesional, y a las competencias de los profesionales a cargo de este programa, también se ve una reducción de costos para el usuario que pagan de forma particular por este servicio, en términos de no requerir de contratar un segundo servicio que realice el proceso de acondicionamiento físico del resto del cuerpo que brinde soporte a la deficiencia, si no que estará implícito dentro del tratamiento integral que se ofertara.

Los constantes cambios en los patrones epidemiológicos, y las posibilidades de transmitir tecnología, a domicilio, apuntan a nuevos perfiles de usuarios.

Nuestra oferta de servicio va dirigida a tres grandes grupos de población: atención continuada a personas en situación terminal, personas por un periodo breve tras una hospitalización o procedimientos quirúrgicos y personas con una larga duración de la atención, como consecuencia de procesos crónicos o invalidantes; con el fin de buscar la superación de la dolencia, habilitando y rehabilitando las actividades de la vida diaria, adaptando y fortaleciendo los grupos musculares requeridos para sus actividades básicas cotidianas.

Desde esta perspectiva, se hace necesario conocer las expectativas que puedan tener un grupo poblacional significativo frente a todo este complejo que reúne la atención fisioterapéutica y kinesioterapéutica, que a su vez, permita soportar propuestas de programas ejecutados desde un modelo de intervención domiciliaria integral.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las expectativas de un grupo significativo para ofertar un servicio Fisioterapia y Kinesiterapia domiciliario.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la percepción que tiene la población del programa “Promoción de Actividad Física de los Usuarios de Coomeva EPS del sector salud en el Municipio de Pereira, frente a la prestación de un servicio de Fisioterapia y Kinesiterapia a domicilio.
- Formular un proyecto para ofertar los servicios a domicilio de Fisioterapia y Kinesiterapia.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Desde el hombre primitivo encontramos referencias a tratamientos basados en agentes físicos para combatir la enfermedad y que debido a la concepción de la misma (enfermedad) estaban asociados en un principio a rituales mágicos y religiosos. En la Antigua Mesopotamia la casta sacerdotal “Asu” era la encargada de realizar el tratamiento mediante agentes físicos y también mediante la Fitoterapia (terapéutica por medio de las plantas). A su vez en el Antiguo Egipto esta función recaía en los sanadores laicos llamados “Sinu”. En la América Precolombina, los aztecas desarrollaron métodos terapéuticos en el agua por medio de “baños de vapor” llamados *temazcalli* y los mayas realizaban “baños de sudor” denominados *zumpulche*. Se puede afirmar que un punto de referencia importante para el desarrollo de la Fisioterapia lo constituye el florecimiento de la cultura helénica encontrando en Grecia un enfoque más racional para entender la salud, la enfermedad y el tratamiento, dejando de lado al empirismo en el que se había basado hasta entonces todo acto terapéutico. Y es aquí donde, muchos concuerdan, surgen los padres de la Fisioterapia, la Kinesiología y la Terapia Física. Hombres como Hipócrates, Herodio y Aristóteles entre otros, sin dudas ponen las piedras fundamentales de la profesión.

La filosofía terapéutica de Hipócrates era la de impulsar las fuerzas de autocuración del cuerpo e incorpora al Movimiento como Agente Terapéutico (kinesioterapia), además de desarrollar métodos gimnásticos para fortalecer las extremidades superiores e inferiores y prepararlas para la caza, el deporte y la guerra. Estos últimos métodos fueron luego perfeccionados por Herodio en su tratado “Ars Gimnástica”. Así empezamos a ver como desde sus orígenes la Fisioterapia y la Kinesioterapia se han desarrollado en forma paralela. A su vez Aristóteles también realiza diversos estudios en el campo del movimiento del cuerpo del hombre y muy específicamente de la marcha humana. Toda esta herencia terapéutica del mundo helénico fue posteriormente perfeccionada por la Civilización Romana, consolidando conceptos básicos de la Masoterapia, la Hidrokinesiterapia, la Poleoterapia y los Ejercicios Terapéuticos.

En la Edad Media, mientras en el mundo musulmán médicos como Maimónides, Averroes y Avicena, describen en sus textos diversos Agentes

Físicos como masajes, tracciones, ejercicios y manipulaciones para afecciones reumáticas y de columna vertebral. De igual modo surgen los llamados cirujanos-barberos y sanitario-boticarios para la atención de las personas hasta que en 1215 una ley que es aprobada en varios países europeos, prohíbe la práctica de la cirugía (de la voz griega *kier* = mano) a los médicos. Así los médicos que principalmente utilizaban la Botánica y tenían acceso a la Universidad son considerados los sanadores de clases altas e influyentes y los cirujanos-barberos sin formación Universitaria, atendían a las clases más humildes. Un importante grupo de estos cirujanos evolucionará con el tiempo hasta desarrollar la Cirugía actual, la cual muchos siglos después vuelve a integrarse con la Medicina. Sin embargo otro grupo de esos primeros cirujanos-barberos se inclinaron por los Agentes Físicos con fines terapéuticos manteniendo la tradición en la Edad Media. Así podemos afirmar que Cirujanos y Fisioterapeutas tienen históricamente un perfil común.

En el Renacimiento se renueva en Europa el interés por los clásicos y las grandes obras del pasado son releídas y estudiadas, no quedando la Fisioterapia ajena a esta corriente. En la Edad Moderna el significativo avance de la ciencia amplía el horizonte de la Medicina y en la Fisioterapia comienzan a aparecer nombres que desarrollan técnicas específicas que utilizamos hoy en día. Así P. Henrik Ling funda en Estocolmo en 1813 el Instituto Real de Gimnasia redactando su gran obra "Principios Generales de la Gimnasia" y desarrolla a su vez la práctica y enseñanza del llamado "Masaje Sueco". Dos alumnos suyos Liedbeck y Georgil, publican tras la muerte de Ling su obra y es precisamente Georgil quien en 1847 creó el término Kinesiterapia. Por su parte en EEUU se desarrolla la Terapia Manipulativa Articular por medio de Andrew Taylor Still (Osteopatía) y Daniel David Palmer (Quiropraxia). También se deben destacar el gran impulso de la Hidroterapia y Balneoterapia que dan Sebastián Kneipp y Vincent Priessnitz y los estudios de Gustav Zander en el terreno de la Mecanoterapia. A principios del siglo XX se impulsa en hospitales de Londres el tratamiento de patologías respiratorias por medio de Agentes Físicos poniendo las bases de la fisioterapia respiratoria. A mediados del siglo XX tras las Guerras Mundiales y varias epidemias como la Poliomiélitis, es cuando se toma conciencia entre la comunidad médica de la necesidad de la profesionalización en el mundo de la Fisioterapia con lo cual se crean las primeras carreras con título universitario de especialista en la materia: Kinesiólogo, Fisioterapeuta y Terapeuta Físico.

Toda esta referencia de los orígenes de la Fisioterapia puede resultar tediosa pero, es vital conocer el pasado para interpretar mejor el presente y poder, de alguna manera, ver hacia dónde vamos o sea cual puede ser el futuro de la Fisioterapia en un contexto mucho más amplio que el que tenemos a nuestro alcance, en definitiva con una mirada "internacional" donde los logros de unos

en el pasado puedan ser objetivos para alcanzar en el presente de otros y así buscar enriquecernos y crecer de verdad como profesión.¹

La Fisioterapia; inicia mostrando sus perfiles en nuestra población y sus necesidades en salud, haciendo que se requiera de personal preparado para la atención de individuos con secuelas de enfermedades infecciosas y traumáticas o secundarias al reciente proceso de industrialización, que gracias a los adelantos tecnológicos importados, no mueren, pero que viven con las consecuencias de la enfermedad.

Así es como surge la profesión del fisioterapeuta, con un nivel de formación técnico, como carrera auxiliar de la medicina y ubicada, preferentemente en el campo de la rehabilitación. La fisioterapia se inició en Colombia hace más de 40 años, propiciada por la necesidad de contar con personal especializado para la atención de niños con secuelas causadas por la poliomielitis. La influencia de los avances científico-tecnológicos en la profesión, así como el crecimiento y consolidación de una comunidad profesional en el ámbito nacional, fueron argumentos de peso para que en 1976 se le reconociera el nivel de formación universitaria, En las dos décadas subsiguientes la fisioterapia adquiere autonomía a escala nacional, mediante la construcción teórica que gira alrededor del movimiento corporal humano, profundizando sus bases científicas mediante evaluaciones puntuales, diagnóstico, intervención y amplio desarrollo de sus propias tecnologías trayendo consigo un gran ámbito de acción profesional. De esta forma la Fisioterapia actual, cuyo objetivo es manejar el movimiento corporal humano, no sólo interviene en los procesos de rehabilitación y habilitación de las alteraciones cinéticas, sino que es responsable por las acciones de promoción del desarrollo cinético del hombre y de su prevención. Es así, como el accionar del fisioterapeuta es múltiple, desempeñándose donde el hombre se mueve, o sea, donde vive, trabaja, se recrea y en instituciones de salud de todos los niveles de complejidad, realizando un gran aporte al desarrollo humano y a la calidad de vida de las comunidades.

Es lógico entender que si desde sus orígenes la Fisioterapia se ha ido desarrollando de manera diferente en cada lugar del planeta, su momento actual es también distinto de acuerdo al sitio donde nos encontremos. No obstante esto existen puntos de referencia muy significativos que concuerdan en determinar que la Fisioterapia fue y es hoy en día una referente directa del proceso de Rehabilitación Física de múltiples alteraciones del ser humano. Podemos entonces afirmar que en cualquier parte del mundo en que nos

¹ REYES, Alberto. Fisioterapia: pasado, presente y ¿Futuro? En: Efisioterapia.net, [en línea]. 2009 [Citado el 30 Ene 2012]. Disponible desde: <http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=196>

encontremos la Fisioterapia hoy en día se ocupa de la rehabilitación física de las personas ya sea por trastornos neurológicos, traumatológicos, músculo-esqueléticos y reumatológicos entre otros. Podrían considerarse de diferente evolución entre los países a las afecciones cardíacas y respiratorias las cuales no están desarrolladas en muchos lugares del mundo mientras que en otros son puntos de referencia muy significativos de la Profesión.

Pero no solamente se ocupa de la rehabilitación ya que paralelamente la Fisioterapia tiene acceso al nivel Asistencial de la salud de las personas, realizando prestaciones que colaboran en varios procesos de curación de las personas. En las últimas décadas se han desarrollado numerosas técnicas específicas que desde diferentes puntos de vista integran de alguna manera distintos conceptos de la Fisioterapia para aportar a los procesos de curación y rehabilitación de las enfermedades y trastornos del ser humano. Así nos encontramos que enriquecen la Fisioterapia entre muchos otros, nombres como Bobath, Kabath, Maitland, Cuello, Mackenzie, Kalternbon, Meziere, Vojta, Castillo Morales, Cyriax, Souchard, Perfetti y Sohier.

Podemos afirmar que es hoy en día el Fisioterapeuta , Kinesiólogo o Terapeuta Físico el encargado de valorar, planificar y aplicar medidas terapéuticas propias de su disciplina en las siguientes especialidades médicas entre otras: Neurología, Pediatría, Gerontología, Terapia Intensiva, Obstetricia y Ginecología, Vascular, Reumatología, Cardiología, Neumología, Traumatología y Ortopedia, Deportismo, Clínica Médica y Oncología. Como se verá esta amplitud de especialidades nos hace ver que en la actualidad la Fisioterapia está presente prácticamente en todas las especialidades médicas y su aporte es vital para la atención y rehabilitación de las personas que requieran de estos especialistas.

Poco a poco la Fisioterapia va incorporando nueva aparatología y evidentemente este desarrollo tecnológico comienza a ampliar las posibilidades terapéuticas en los diferentes cuadros patológicos que requieren de la atención del Fisioterapeuta. Ante esta realidad es conveniente comenzar a ocuparnos por el futuro de nuestra profesión.

4.1.1 La perspectiva comunitaria en la fisioterapia domiciliaria: Una revisión.

Resumen

Debido a diferentes razones, como los cambios en las estructuras sociodemográficas y familiares, las administraciones de los diferentes estados necesitan reforzar la atención domiciliaria y la fisioterapia domiciliaria. El objetivo de esta investigación fue identificar el tipo de estudios relacionados con la fisioterapia domiciliaria, y analizar de qué manera se incluyen los aspectos comunitarios. La Metodología se desarrolló bajo una revisión bibliográfica, y obteniéndose resultados donde la mayoría de los estudios encontrados sobre la fisioterapia domiciliaria se relacionan con intervenciones con pacientes con afectaciones neurológicas o respiratorias crónicas, musculoesqueléticas o cirugía protésica. De modo muy frecuente, los estudios analizan estrategias que surgen desde hospitales y, en muchos casos, el interés se centra en el costo-beneficio. Los aspectos comunitarios se incluyen como referencias teóricas, y solo unos pocos estudios tienen esta perspectiva. Además, se considera comunitaria la intervención fisioterapéutica domiciliaria. Al detallar que el domicilio tiene diferentes significados sociales, familiares y culturales para las personas. En conclusión, el domicilio es un entorno comunitario y, desde esta perspectiva, estos significados deberán incluirse al planificar una intervención y analizar sus resultados.²

4.1.2 Hospitalización a domicilio.

Resumen

Presenta una revisión del tema abordado tópicos como concernientes a la atención domiciliaria, hospitalización en casa y medicina basada en la evidencia, criterios de inclusión en hospitalización a domicilio, ventajas de la hospitalización domiciliaria, Procedimientos realizables en el domicilio, donde se concluye que en siglo XXI el futuro de la hospitalización a domicilio está inexcusablemente ligado a la humanización de la enfermedad, a la asistencia cualificada, al aprovechamiento de las nuevas tecnologías y al desarrollo de la atención domiciliaria en su globalidad, así como al establecimiento de alianzas con todos los recursos de los diversos niveles asistenciales.³

² LOURIDO, Berta; GELABERT, Verger. La perspectiva comunitaria en la fisioterapia domiciliaria: una revisión. En: Revista Elsevier Doyma. Vol. 30 (5). 2008; p. 231 – 237.

³ GONZÁLEZ, Victor Et Al. Hospitalización a domicilio. En: Revista Medicina clínica. Vol. 118 (17) Barcelona. España. 2002; p. 659-664.

4.1.3 Los Pros y Contras de la rehabilitación pulmonar en el hogar.

Resumen

Hay poca información con respecto al beneficio de la rehabilitación pulmonar en casa. Existen diferencias con respecto a muchos factores: la supervisión proporcionada, la gravedad de la enfermedad, las modalidades de formación, la intensidad del programa y el medio ambiente se define como "hogar". Si comparamos los programas hospitalarios, la rehabilitación en casa puede dar en lugares pequeños cambios en la tolerancia al ejercicio y calidad de vida, que no estén previstos por más tiempo con la supervisión adecuada. Sin embargo, la rehabilitación en el hogar puede estar relacionada con una mejor adherencia a un programa de ejercicio ya más a largo plazo. La aplicación de los principios de conservación de la energía con respecto a las actividades de la vida diaria es más apropiada en el hogar y los pacientes se beneficiarán de la facilidad de acceso. La rentabilidad no ha sido adecuadamente investigada, con un enfoque de grupo dirigido a un hospital local o centro comunitario, probablemente será más económico que los tratamientos individuales basados en el hogar. Cuando los pacientes son capaces, el mejorar su enfoque en términos de tratamiento efectivo es la asistencia a los pacientes fuera de los programas basados en ellos. Para los pacientes demasiado enfermos se debe tener, un enfoque de atención integral ya que en su casa se pueden reducir las visitas de hospitalización y de urgencias.⁴

4.1.4 Practica de salud en el hogar basada en la evidencia. Un trampolín para la discusión.

La enfermería tiene un interés creciente en EBP, dado esto las enfermeras no pueden permitirse quedar fuera de este circuito laboral. Una variedad de referencias bibliográficas existen actualmente para las enfermeras de atención médica. También hay varios métodos que pueden utilizarse para elaborar directrices de PBE en la salud en el hogar. Por último, las enfermeras tienen la obligación ética de brindar atención al paciente siendo más eficaces y lo más probable es obtener resultados positivos. Basándose en la tradición, la intuición y la experimentación ya no son suficientes. Se espera que este artículo sirva como un trampolín, no es la última palabra, para el desarrollo de iniciativas de PBE para las enfermeras. Es importante también para "compartir la riqueza de

⁴ GARROD, Rachel. The Pros and Cons of Pulmonary Rehabilitation at Home. En: Chartered Society of Physiotherapy. Vol. 84 (12).1998; p. 603 – 607.

este artículo" que las enfermeras y sus pacientes se puedan beneficiar de esto. Una forma de hacerlo es convocar a un grupo para evaluar la práctica actual y publicar el consenso del grupo sobre el tema clínico de interés para las enfermeras. Por ejemplo, Janet Steele, preocupado por la EBP, se reúne con un grupo de enfermeras interesadas de la agencia para decidir cómo las directrices AHCRP se pueden incorporar en las operaciones. Este grupo vuelve a escribir las políticas y procedimientos sobre la base de las GPC y vuelven a entrenar al personal de enfermería y atención domiciliaria ayudante, se utiliza la información del paciente desde AHCRP como los folletos para los pacientes.

Aparte de la confusión inicial con respecto a los cambios operacionales, EBP ha permitido que el personal de enfermería sea más consistente de paciente a paciente, encontrando menos confusión respecto a lo que funciona para las condiciones específicas de pacientes. La evaluación de la atención de los 6 meses después del cambio de PBE se observa que los pacientes tienen menos tiempo para la curación, y un menor número de visitas de enfermería son necesarias. Esta información es utilizada por la administración de la agencia en las negociaciones con los contribuyentes sobre la calidad de la atención recibida por la agencia y se publica en una revista revisada por pares, tales como Home Healthcare Nurse. Lo mejor de todo, en la atención al paciente ya no se basa en la tradición, la intuición y la experimentación como colegas en todo el país usando estos resultados en sus propios organismos.⁵

4.1.5 Recursos en línea para servicios culturales y lingüísticamente apropiados en “homehealthcare” y el hospicio: recursos para pacientes que hablan Ingles.

El inicio médico en cuidados paliativos son cada vez más, el trabajo con los pacientes para quienes el español no es su idioma principal se debe tener muy presente el respeto la cultura en el paciente. La atención incluye tanto el conocimiento de las creencias culturales que influyen en la salud del paciente y también la capacidad de proporcionar al paciente información de salud en el lenguaje con el que él o ella se sientan más cómodos. Este artículo identifica los recursos para la comprensión de las normas culturales de diferentes grupos de la lengua española, así como materiales adecuados para que hablen español ya que los profesionales de la salud y agencias gubernamentales de todo el mundo han puesto a disposición esto para que otros lo puedan usar.⁶

⁵ FRANCES PAYNE BOLTON SCHOOL OF NURSING En: Home Healt Care. Vol.16 (6). 1998; p. 411 – 5.

⁶ YOUNG, Judith. Online Resources for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Home Healthcare and Hospice: Resources for Spanish-Speaking Patients. En: Home Healthcare Nurse. Vol. 30 (1). 2012; p. E1 – E7.

4.1.6 Respi-Care. Un innovador programa de atención para el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en casa.

El propósito del presente estudio fue evaluar la eficacia de un programa de hospital basado en la atención a un grupo de pacientes con EPOC grave. Respi-Care es un programa de atención domiciliaria multidisciplinario administrado por Norwalk Hospital, en cooperación con los departamentos de enfermería de salud pública de la ciudad de Norwalk y el pueblo de Wilton, Connecticut. El objetivo general de Respi es proporcionar servicios para el hogar más de atención integral a la pacientes previamente que requiere hospitalizaciones frecuentes mediante la combinación de las ventajas de los recursos hospitalarios y las agencias de la comunidad a través de un esfuerzo cooperativo único. En el programa se recogieron datos sobre las siguientes variables para los 48 meses de operación Respi-cuidado: hospitalizaciones, días de hospitalización, visitas a urgencias, servicios de atención domiciliaria, y los costos de estos servicios.

Los costos de operación del programa Respi-Care se incluyeron en los datos en el programa. Diecisiete participantes completaron 320,5 meses en Respi-Care. Cada tema corresponde a una longitud igual de tiempo antes de entrar en el programa, para un total de 641 meses analizados. Hubo 88 hospitalizaciones pre-programa para el grupo, las hospitalizaciones, mientras que participan en Respi-Care se redujo a 53 ($p = 0,022$; emparejado estadísticos t). El programa, días de hospitalización mostró una disminución significativa, de 1.181 a 667 días pre-programa en el programa de días ($p = 0,024$). Las visitas a urgencias disminuyeron de 105 antes del programa a 64 durante el programa ($p = 0,017$). Los costos de la atención también se redujeron. Los costos de las hospitalizaciones, las visitas a urgencias y cuidados en el hogar se redujeron de \$ 908.031 a \$ 802.999, lo que resulta en un paciente de \$ 105,032 de ahorros o \$ 328 por cada mes.⁷

4.1.7 Un programa de ejercicio basado en el hogar con un programa basado en la clase para las personas con osteoartritis de las rodillas: un ensayo controlado aleatorio y el análisis de la salud económica.

Para establecer la efectividad relativa y el costo de proveer un programa de ejercicio basado en el hogar en comparación con el ejercicio basado en el hogar con un niño, ofreciendo 8 semanas de clases basada en un programa de ejercicio. El juicio fue pragmático, simple ciego ensayo clínico aleatorizado

⁷ HAGGERTY, Margaret. Et.al. Respi-Care. An innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease. En: Chest Journal. Vol. 100(3).1991; p. 607 – 612.

acompañado de una evaluación económica completa. Los pacientes fueron asignados al azar a domicilio, el ejercicio o ejercicios realizados en casa complementado con programas de ejercicios de clase. La cantidad de participantes sumaron 214 pacientes, reunidos en el Colegio Americano de Reumatología diagnosticados con artrosis de rodilla, fueron seleccionados en los centros de atención primaria y secundaria. Ambos grupos recibieron un programa de ejercicios a domicilio destinado a aumentar la fuerza de las extremidades inferiores, la resistencia y mejorar el equilibrio. El grupo también asistió a las 8 semanas de clases de la rodilla, dos veces por semana a cargo de un fisioterapeuta.

Las evaluaciones de la función locomotora se llevaron a cabo con una puntuación cronometrada de tres actividades; caminando con dolor, la discapacidad, y el auto-reporte facilitadas por las universidades Western Ontario y McMaster. La salud general, la disminución de la fuerza de las extremidades, el rango de movimiento y el cumplimiento con el ejercicio también fueron medidos. Los pacientes fueron evaluados antes y después del tratamiento, a los 6 y 12 meses con un continuo seguimiento durante este tiempo. La evaluación económica analizó el uso de los recursos de servicios de salud y el costo-efectividad, relacionando los costos en la calidad de vida ajustados por la calidad (AVAC años) sobre la base de las respuestas de los pacientes a las dimensiones del EuroQol-5. Los datos se obtuvieron al inicio del estudio, 1 mes, 6 meses y 12 meses a través de entrevistas cara a cara y, en su caso, el examen de los registros médicos del hospital. Los pacientes del grupo que recibieron suplementos mostraron una mejoría significativamente mayor en función del aparato locomotor y la disminución del dolor al caminar en todas las labores de seguimiento. El grupo también demostró mejoras menores pero significativas en el equilibrio, la fuerza, la función física y las dimensiones del dolor. Sin embargo, no todas estas mejorías se mantuvieron durante los 12 meses del período de seguimiento. No hubo evidencia de que el cumplimiento con el programa de ejercicios en casa era diferente, o los costos totales, o que reflejaran ganancias significativamente diferentes entre los grupos. Sin embargo, los costos fueron ligeramente más bajos por ende la evaluación económica sugiere que los programas son probables para considerarse rentable, aunque hay incertidumbre en torno a esta estimación, con aproximadamente 30 - 35% de probabilidad de que la intervención no sería costo-efectiva.

Por último un programa de ejercicio basado en el hogar con un programa de ejercicio basado en clase, condujo a mayores mejoras para el grupo en el hogar. Estas mejoras diferenciales fueron aún evidentes en la revisión 12 meses después del tratamiento. El costo adicional del grupo se vio compensado por las reducciones en el uso de recursos en otras partes del sistema. El cumplimiento del programa de ejercicios en casa no fue diferente

entre los grupos. Con base en esta evidencia, el programa de ejercicio basado en el hogar con una de 8 semanas de clases basada en un programa de ejercicio puede ser esperado con confianza para producir pequeñas mejoras en la función del aparato locomotor y las reducciones clínicamente importantes en dolor. Se recomienda que las investigaciones futuras investiguen métodos para aumentar el cumplimiento de programas de ejercicios, además de evaluar el impacto de estas intervenciones en el ámbito de la atención primaria, donde la mayoría de los pacientes con osteoartritis de rodilla se gestionan.⁸

⁸ MCCARTHY, Christopher. Et, al. Supplementation of a home-based exercise programme with a class-based programme for people with osteoarthritis of the knees: a randomised controlled trial and health economic analysis. En: Health Technology Assessment. Vol. 8 (46). 2004;p. 1 - 61

4.2 MARCO REFERENCIAL

4.2.1 Perfil epidemiológico de Pereira

Principales causas de morbilidad

Según las últimas estadísticas que refleja el DANE frente a los registros epidemiológicos de la ciudad Pereira, dentro de las diez primeras causas de morbilidad por consulta del 2007, los traumatismos y las dorsalgias no especificadas se ubica en el puesto séptimo y decimo respectivamente.

Tabla 1. Primeras causas de Morbilidad por consulta. Total Pereira 2007

ORDEN	CAUSA	%
1	Infecciones respiratorias agudas	8.6%
2	Hipertensión esencial (primaria)	8.3%
3	Enfermedades de los dientes y anexos	7.6%
4	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	3.3%
5	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3.2%
6	Trastornos gástricos funcionales	2.6%
7	Traumatismos	2.6%
8	Trastornos mentales	2.1%
9	Trastornos del sistema urinarios	1.8%
10	Dorsalgia no especificada	1.4%
	Resto de causas	58.7%
TOTAL		100%

Fuente. RIPS desde el 2001. Ministerio de la Protección Social

De 13 a 44 años son los traumatismos quienes ocupan el 3er lugar, lo cual evidencia la necesidad de tratar al paciente en su recuperación y rehabilitación, si esto se lograra en casa con Terapia Física y autocuidado, se reduciría el flujo de pacientes intrahospitalarios.

Tabla 2 Primeras causas de morbilidad por consulta según grupos de edad.
Pereira 2007.

ORDEN	MENOR DE 1 AÑO	%
1	Infecciones respiratorias agudas	30.2%
2	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	6.9%
3	Infección viral no especificada	2.5%
4	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2.4%
5	Dermatitis	1.8%
ORDEN	DE 1 A 4 AÑOS	%
1	Infecciones respiratorias agudas	22.8%
2	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	9.6%
3	Enfermedades de los dientes y sus anexos	4.4%
4	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3.0%
5	Infección viral no especificada	2.6%
6		
ORDEN	DE 5 A 12 AÑOS	%
1	Enfermedades de los dientes y sus anexos	15.7%
2	Infecciones respiratorias agudas	8.3%
3	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	5.0%
4	Trastornos del desarrollo	3.3%
5	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3.2%
ORDEN	DE 13 A 19 AÑOS	%
1	Enfermedades de los dientes y sus anexos	11.3%
2	Infecciones respiratorias agudas	4.4%
3	Traumatismos	2.9%
4	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2.9%
5	Complicaciones del embarazo	2.3%
ORDEN	DE 20 A 44 AÑOS	%
1	Enfermedades de los dientes y sus anexos	10.2%
2	Infecciones respiratorias agudas	4.5%
3	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3.9%
4	Trastornos gástricos funcionales	3.6%
5	Traumatismos	3.5%
ORDEN	DE 45 A 59 AÑOS	%
1	Hipertensión esencial	19.5%
2	Enfermedades de los dientes y sus anexos	5.8%
3	Trastornos gástricos funcionales	3.8%
4	Infecciones respiratorias agudas	3.7%
5	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3.3%
ORDEN	MAYORES DE 59 AÑOS	%

1	Hipertensión esencial	29.1%
2	Enfermedad Obstructiva crónica	5.9%
3	Trastornos gástricos funcionales	3.3%
4	Infecciones respiratorias agudas	3.1%
5	Traumatismos	2.8%

Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 para la Región Centro que corresponde a Risaralda, Quindío y Caldas

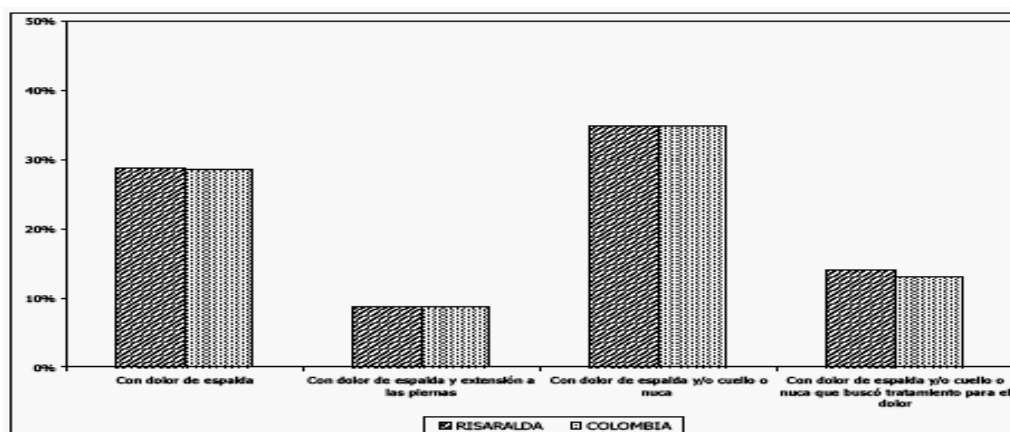
Dolor de espalda, nuca o cuello en población de 18 a 69 años

El 28,7% de la población de ese grupo de edad y que reside en el departamento refirió sufrir en la última semana de dolor de espalda (28,5% promedio nacional).

Estas estadísticas de la encuesta evidencian la necesidad de un mejor manejo de los dolores de espalda o cuello pues la población que los padece es considerable.

Población entre 18 y 60 años de Risaralda con dolor de espalda y/o nuca cuello referido la última semana según irradiación o no del dolor y solicitud de tratamiento.

Grafica 1 Dolor de espalda, nuca o cuello en población de 18 a 69 años



Fuente. Ministerio de la Protección social 2007

Perfil lipídico, Glicemia, Tensión Arterial, peso y talla en población de 18 a 69 años en la Región Central

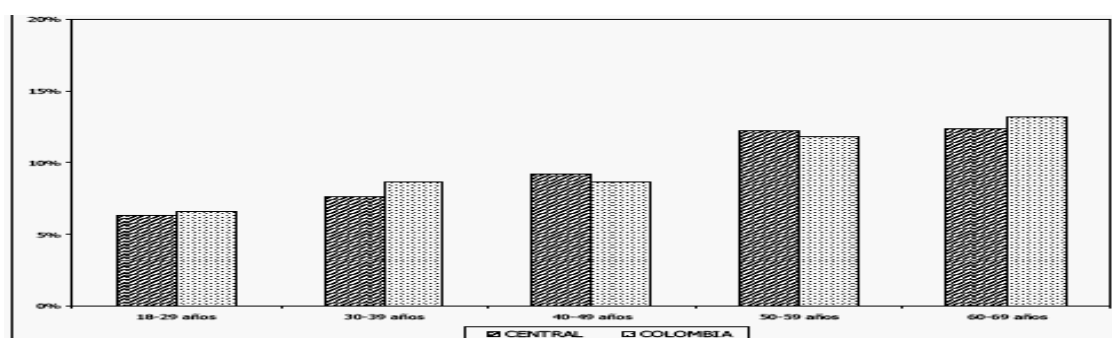
El 32,2% de las personas de ese grupo de edad y que reside en la región resultó con sobrepeso -índice de masa corporal entre 25 y 29 kg/m²- (32,3% promedio nacional). El 13,9% resultó con obesidad -índice de masa corporal de 30 y más kg/m²- (13,7% promedio nacional).

Se evidencia que el colesterol HDL con niveles bajos es el principal hallazgo de patología en las muestras sanguíneas, siendo el ejercicio físico y la Nutrición adecuada el pilar del tratamiento en estos pacientes.

Discapacidad en los últimos treinta días en población de 18 a 69 años Región Central

El 8,4% de la población de ese grupo de edad y que reside en la región resultó discapacitada (8,3% promedio nacional). Mostrando que la mayoría de las personas discapacitadas pertenecen a edades productivas por lo cual el tratamiento de la lesión y la rehabilitación son vitales para su óptimo desempeño y reinserción al trabajo.

Grafica 2 Discapacidad en los últimos treinta días en población de 18 a 69 años Región Central



Fuente. Ministerio de la Protección Social 2007

4.2.2 Aspectos sociodemográficos de la ciudad de Pereira.

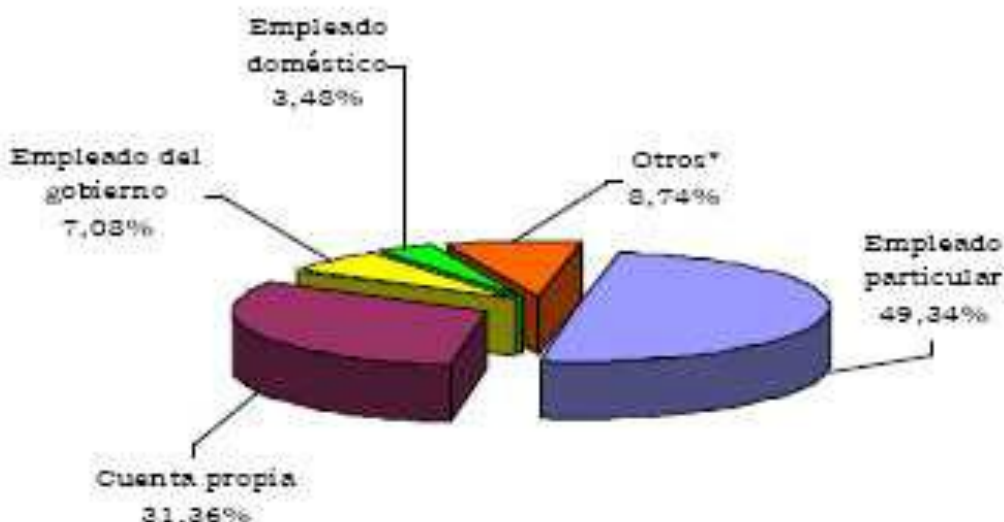
Distribución por Género de Pereira.

La ciudad de Pereira es la capital del Departamento de Risaralda, considerada el centro del Eje Cafetero, por lo cual su influencia económica en la región es reconocida. Esta es una ciudad que ha crecido a pasos de gigante, durante los últimos 20 años. La población de la ciudad de Pereira es de aproximadamente 454.300 habitantes, siendo el **52% del sexo femenino y el 48% del masculino**, esto según proyecciones para el 2009 hechas por el DANE a partir del censo de población 2005.

Ocupación Laboral

Los datos describen una población en edad de trabajar del 81%, con una tasa de ocupación del 51, de desempleo del 14 y de subempleo de 24. Según la posición ocupacional se encontró que la mayoría son empleados particulares, seguidos de los que trabajan por cuenta propia.

Grafica 3 Pereira, Dosquebradas y la Virginia. Distribución de ocupados según Posición ocupacional. Promedio de enero a diciembre del 2008.



Fuente. DANE datos 2008.

A nivel nacional el consumo de servicios evidencia que en el caso de los gastos médicos, servicios médicos y servicios hospitalarios, mostraron una tendencia a la baja del año 2000 al 2005 a diferencia de otros gastos que han crecido constantemente como la educación, mientras que a partir de este año se ve un incremento sostenido hasta el 2007 en cuanto al consumo de estos servicios de salud.

Tabla 3 Total de consumo individual efectivo del 2000 al 2007

Gasto y consumo	2005	2005	2007
Total consumo individual efectivo	143.239.103	175.165.905	200.772.818
Educación	7.106.717	7.424.809	8.129.527
Gastos en cuidados médicos	6.915.982	4.962.699	5.514.104
Servicios médicos	1.683.145	1.073.411	1.164.207
Servicios hospitalarios	408.034	260.221	282.232

Fuente. DANE

Vale la pena resaltar como los colombianos han venido aumentando el consumo de los servicios médicos, de 2005 a 2007 las causas de este comportamiento pueden ser variadas pero la insatisfacción con respecto a los servicios médicos existente debería ser sujeto de análisis en otro estudio.

Distribución por Estrato Socioeconómico

Según el censo del 2005 esta es la disposición de estrato socio demográfico para la ciudad de Pereira, se puede situar la población de esta ciudad principalmente en el estrato social III, siguiéndole el II, IV, I, V y finalmente VI.

Tabla 4 Ponderación por Estratos para Pereira 2005 Ponderación por Estratos para Pereira 2005

ESTRATO	POBLACIÓN	%
I	55.686	15.0%
II	76.846	20.7%
III	129.934	35.0%
IV	59.398	16.0%
V	25.987	7.0%
VI	233.886	6.3%
TOTAL	371.239	100%

Fuente. DANE resultados población conciliada a junio 2005

Grupo de Estudio

Programa Promoción de Actividad Física de los Usuarios de Coomeva EPS del sector salud en el Municipio de Pereira, COOMEVA EPS

Coomeva Medicina Prepagada fue creada como una alternativa para generar empleo y mejorar los ingresos de los profesionales de la salud en Colombia, además de ofrecer a la comunidad la oportunidad de acceder a servicios médico-asistenciales de la más alta calidad.

Creada en 1973, es la pionera de la medicina prepagada en Colombia y ocupa el primer lugar en los mercados regionales de Antioquia, Costa Atlántica y sur occidente del país y tiene gran proyección en Bogotá.

Coomeva, en la búsqueda de ofrecer un servicio de excelencia y acorde con las necesidades actuales y requerimientos de la ley, ha diversificado sus servicios, y es así como desde Octubre de 1993, abrió la Unidad de Promoción y Prevención, la cual ha venido captando usuarios, asociados y familiares, con el fin de mejorar la calidad de vida, generando una cultura de la salud hacia lo preventivo.

Este programa enfoca su atención sobre:

⌘ Control prenatal.	⌘ Dislipidemias.
⌘ Curso de preparación para el parto.	⌘ Obesidad.
⌘ Control de Niño Sano.	⌘ Osteoporosis.
⌘ Consultoría en lactancia materna.	⌘ Climaterio y menopausia.
⌘ Taller de estimulación temprana.	⌘ Prevención de cáncer de cérvix y mama.
⌘ Planificación familiar.	⌘ Prevención de cáncer de próstata.
⌘ Diabetes.	⌘ Salud familiar.
⌘ Hipertensión Arterial.	⌘ Vacunación PAI.
	⌘ Vacunación complementaria.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

Kinesiología: Etimológicamente, el origen de la palabra, significa sencillamente estudio del movimiento. Técnicamente hablando, es un sistema que utiliza la prueba muscular como mecanismo de bio-información, buscando en este estudio corregir los posibles desequilibrios que afectan a la persona. Por ende es la disciplina del área de las ciencias de la salud con gran relevancia social, dirigida a los individuos portadores de alteraciones o de ausencia de movimientos⁹.

Otra definición, menciona que es el conjunto de procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano. Evaluando los problemas en el movimiento con respecto a la fisiología, la anatomía y la biomecánica¹⁰.

Por otro lado se podría decir que es el estudio científico que pretende dar explicación a las funciones básicas del cuerpo humano, sobre todo de la postura, el equilibrio muscular y la mecánica del movimiento, requiriendo de los

⁹ GUIMARAES, Aldira. MERCHAN-HAMANN, Edgar. Repensando el papel del Kinesiólogo en la sociedad Brasileña. En: Revista Cubana Salud Pública. 2004.

¹⁰ RAE, Real Academia Española.

conocimientos previos de anatomía, fisiología y biomecánica, para así, comprender las relaciones dadas entre estas.¹¹

Kinesiterapia: Es el método terapéutico por medio de movimientos activos o pasivos de todo el cuerpo o de alguna de sus partes¹².

Otros autores mencionan que son el conjunto de técnicas terapéuticas que se dan en función de las evaluaciones tanto analíticas, como funcionales; entendiéndose las analíticas como las valoraciones que permiten estudiar por separado las diferentes estructuras orgánicas como piel, musculo etc. Mientras que las funcionales, utilizan las interrelaciones existentes entre estas diferentes estructuras. Además, de ligarse a valoraciones tanto pasivas como activas, denotando que las pasivas serán aquellas realizadas en situación de relajamiento muscular analizando estructuras no contráctiles como tendones, ligamentos, capsulas, entre otras, y las contráctiles como músculos; mientras que la activa aprecia y explora las estructuras específicamente contráctiles, cuya actividad depende en parte de los elementos inertes¹³.

Fisioterapia: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la fisioterapia como: "la ciencia del tratamiento a través de: medios físicos, ejercicio terapéutico, masoterapia y electroterapia. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución".

La Confederación Mundial por la Fisioterapia (WCPT) en 1967 define a la Fisioterapia desde dos puntos de vista:

- Desde el aspecto relacional o externo, como “uno de los pilares básicos de la terapéutica, de los que dispone la Medicina para curar, prevenir y readaptar a los pacientes; estos pilares están constituidos por la Farmacología, la Cirugía, la Psicoterapia y la Fisioterapia”
- Desde el aspecto sustancial o interno, como “Arte y Ciencia del Tratamiento Físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos curan, previenen, recuperan y readaptan a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico”

¹¹ AHONEN, Jarmo. Et, al. Kinesiología y Anatomía aplicada a la actividad física. 2 Ed. Barcelona: Editorial Paidotribo, 2001. 287 p.

¹² Op, Cit.

¹³ GENOT, C. Et, al. Kinesioterapia. principios: Evaluaciones. Técnicas pasivas y activas del aparato locomotor. 1 Ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 2005; 529 p.

Rehabilitación: Según La OMS en 1969 define la rehabilitación como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica.

Según el DRAE, Diccionario de la Real Academia Española este es el término para describir la acción de "habilitar de nuevo o restituir a alguien o algo a su antiguo estado"

Atención domiciliaria: Practica o modalidad asistencial que hace referencia a un programa de atención que sin poner en riesgo la vida del paciente y bajo un modelo multidisciplinario brinda una solución a los problemas de salud de ciertos pacientes (los que cumplen los criterios de inclusión) conservando siempre como mayor logro y objetivo la ganancia en términos de calidad de vida.¹⁴

Caracterización: Es la identificación de todos los factores que intervienen en un proceso y que se deben controlar, por lo tanto, es la base misma para gerenciar.

Estudio de Mercados: Es un tipo de estudio que se utiliza con la finalidad de aplicar exitosos programas que satisfagan las necesidades de los individuos. Para ello, se requiere fomentar y guiar las estrategias de modo que los consumidores respondan gratamente ante los productos y ofertas del mercado. En este tipo de estudios se recolectan los datos y se analizan de manera objetiva y metódica, a fin de mejorar la toma de decisiones relacionadas con los problemas de la mercadotecnia.¹⁵

Nicho de Mercado: Son pequeños segmentos de mercado que no han sido cubiertos ya sean por no haberlos identificado o porque no les interesan a los otros participantes en el mercado.¹⁶

Segmentos del Mercado: Es un grupo de personas, empresas u organizaciones con características homogéneas en cuanto a deseos, preferencias de compra o estilo en el uso de productos, pero distintas de las

¹⁴ ARANZANA, Antonio. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. Disponible en línea en: <http://www.scmfic.org/scmfic/attach/CAST-programaATDOM.pdf>

¹⁵ *Ibíd.*, p. 66.

¹⁶ INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERACION PARA LA AGRICULTURA. Curso de Capacitación. Modulo 3: Planificación aplicada a empresas asociativas rurales. Lima: 2006. 61 p.

que tienen otros segmentos que pertenecen al mismo mercado. Además, este grupo responde de forma similar a determinadas acciones de marketing; las cuales, son realizadas por empresas que desean obtener una determinada rentabilidad, crecimiento o participación en el mercado".¹⁷

Medicina física y rehabilitación: Según la OMS definió la Medicina Física y Rehabilitación como «el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles».

Encuesta: Estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario prediseñado, y no modifica el entorno ni controla el proceso que está en observación (como sí lo hace en un experimento). Los datos se obtienen a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación.¹⁸

Servicio: Prestación que constituye la razón de ser de la solución que se propone para la satisfacción de la necesidad del cliente.¹⁹

Necesidad del Cliente: Conocimiento global de necesidad que incorpora toda gama de deseos de los clientes y los que se derivan de ella.²⁰

Percepción: Es una función mental que permite al organismo a través de los sentidos recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significados para el sujeto.²¹

¹⁷ INIESTA, Lorenzo. Diccionario de Marketing y Publicidad. 1 Ed. Barcelona: Ediciones Gestión. 2004. 267 p.

¹⁸ WIKIPEDIA

¹⁹ MAQUEDA, Javier. LLAGUNO, Jose. Marketing Estratégico para Empresas de Servicios. 1 Ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.1995. 531 p.

²⁰ VEGA, Victor. Mercadeo Básico. 1 Ed. Costa Rica: UNED. 1993, 236p.

²¹ RIVERA, Jaime. Et, al. Conducta del consumidor: Estrategias y políticas aplicadas al marketing.3 Ed. Madrid: ESIC Editorial. 2011. 407 p.

Rehabilitación domiciliaria:

Bajo el término anglosajón *home care* se puede englobar cualquier actuación médica o clínica, que se desarrolle en el domicilio del paciente. Clásicamente, se asociaba *home care* a visitas domiciliarias por enfermería no especializada o fisioterapeutas, ayuda familiar, asistencia en el transporte, ayuda doméstica o, incluso, programas de beneficencia. Sin embargo, durante las dos últimas décadas se ha producido un considerable desarrollo técnico (dispositivos intravenosos, nutrición parenteral, monitores, oxigenoterapia, nebulizadores, ventiladores) que permite al facultativo tratar en el domicilio procesos que, anteriormente, precisaban de un ingreso hospitalario. Además de este avance tecnológico, la sobrecarga asistencial, la creciente presión por parte de la gerencia hospitalaria para reducir las estancias y el número de ingresos de los pacientes y el sistema de pago que la administración tiene concertado con los hospitales, basados en los DRG (*diagnosis-related groups*), constituyen importantes razones adicionales para el desarrollo de nuevos dispositivos asistenciales. La Rehabilitación domiciliaria puede definirse entonces como el tratamiento del paciente en su domicilio con la misma complejidad, intensidad y duración que en el hospital. Se basa en ofrecer un trato personalizado mediante el traslado de un médico, enfermera especializada y/o personal especializado, al domicilio del paciente donde, además, se puede disponer de distinto material médico. La rehabilitación a domicilio pretende realizar dos funciones que son complementarias: por un lado, reducir o incluso sustituir la estancia hospitalaria cuando el paciente es trasladado tempranamente a su domicilio; por otro, prevenir nuevos ingresos al diagnosticar y tratar episodios directamente en el domicilio.²²

Objetivos de la Fisioterapia a domicilio.

Objetivo general.

- Conseguir un grado de autonomía y de calidad de vida óptimos en el paciente.

Objetivos específicos:

- Prevenir las complicaciones de los pacientes que requieran el servicio.
- Potenciar y fomentar el auto cuidado por parte del paciente y su familia.
- Busca el mayor grado de autonomía posible.

²² MARRADES, R. Hospitalización domiciliaria, ¿una nueva modalidad asistencial?. En: Servei de Pneumologia. Institut Clínic de Pneumologia i Cirurgia Toràtica. Hospital Clínic. Vol. 37. 2001; p. 157-159.

La fisioterapia en el entorno domiciliario

Como hemos visto, la fisioterapia ocupa un lugar en los servicios que son ofrecidos a la comunidad. Una de las grandes dificultades para localizar y analizar los resultados de la intervención de fisioterapia en el domicilio se encuentra en la poca especificidad o ambigüedad con que muchos estudios hacen referencia a la intervención de fisioterapia. En este sentido es común que algunos autores utilicen erróneamente el término “rehabilitación” como sinónimo de “fisioterapia”, cuando en realidad aquella implica una acción integrada en la que pueden intervenir distintos colectivos profesionales. A su vez, como se ha comentado previamente, la fisioterapia puede intervenir en otros escenarios preventivos o curativos y no en un proceso rehabilitador (Fernández et al, 2000).

Un punto de interés clave, tanto en los estudios que citan la fisioterapia o la rehabilitación en el domicilio, es la cuestión de la relación costo–beneficio. En este sentido, los resultados son diversos según las características de las personas estudiadas, la patología que presentan o la distancia entre el domicilio y la institución sanitaria (Young et al. 1993; Beech et al., 1999; Anderson et al, 2002).

Cabe destacar, que la terminología utilizada como “atención domiciliaria” hace referencia a la rehabilitación en hogares de cuidado, hogares de atención en residencias y centros de cuidado, mientras que utilizan la terminología “rehabilitación en el hogar” cuando se realiza en el domicilio de la persona.

La intervención de fisioterapia domiciliaria ha sido estudiada particularmente desde el ámbito de la atención a personas con problemas respiratorios o lesiones neurovasculares. En este sentido, hay varias experiencias que concluyen que la incorporación de un fisioterapeuta a los programas de atención domiciliaria conllevó una disminución de los ingresos hospitalarios y una menor duración de la estancia hospitalaria (Frasca y Weimer, 1985; Haggerti et al., 1991).

De estas experiencias deriva la posibilidad de atender al paciente en su domicilio permitiendo reducir los ingresos hospitalarios, asegurar el cumplimiento terapéutico y tener un mayor acceso y valoración del cuidador, considerado pieza fundamental (Escarrabill, 1999). Sin embargo, para la American Thoracic Society, los objetivos básicos que debe perseguir un programa de estas características han de ir más allá del mero hecho de reducir los ingresos hospitalarios, incidiendo en la calidad de vida, facilitar el

cumplimiento terapéutico y promover una actitud positiva e independiente (Kirilloff, 1986). Es decir, centrarse más en la persona que en la enfermedad.

Para Turner-Stokes y cols. (2005), las personas que han sufrido un ictus o accidente cerebral vascular (ACV) y han sido dados de alta de la fisioterapia hospitalaria deben tener acceso a servicios comunitarios o ambulatorios adecuados a sus necesidades, pudiendo incluir la atención al domicilio. En cuanto a la intervención domiciliaria en el caso de personas afectadas de ictus, especial atención ha tenido en la literatura la intervención temprana asistida en el entorno domiciliario, iniciando las intervenciones tan sólo unos días después del episodio agudo. Para Thorsén y cols. (2005) en un estudio que compara los resultados funcionales de personas que han tenido un ictus y que han sido atendidas precozmente unas en su domicilio y otras en la institución sanitaria, concluyen que el primer grupo ofrece, pasados cinco años de la intervención, mejores resultados. Aunque los autores reconocen que durante ese período otros factores podrían haber influido en los distintos resultados, consideran que los aspectos físicos y psicoemocionales del domicilio podrían haber sido un elemento clave.

Estos elementos también han sido apuntados en otros estudios, resaltando también que la atención domiciliaria facilita el desarrollo de una mayor implicación y capacidad de control de la persona sobre su situación y la terapia (Von Koch et al, 1998; Widén et al 2000).

La atención domiciliaria también se considera en el abordaje de fisioterapia de Viñas y cols. (2002) para la atención de las personas con esclerosis múltiple incidiendo en el papel del fisioterapeuta. Por otro lado, Torre y cols. (1997) ven en esta modalidad de atención una posibilidad para intervenir en la mejora de la calidad de vida de las personas que precisan atención y cuidados paliativos, donde la fisioterapia tiene todavía una presencia limitada en relación a las posibilidades que ésta ofrece (CSP, 2002).

En cuanto a la evolución de personas con patología osteoarticular, Castiella y cols. (1997) cuestionan el peligro que supone enviar de alta desde el hospital, sin ninguna supervisión, a personas que han sido operados recientemente de prótesis de cadera, con lo que “el no saber que hacer” por parte de la persona y su familia puede poner en peligro el resultado final de la prótesis y con ello su calidad de vida.

Para Kuisma (2002), teniendo en cuenta la rapidez con que las personas intervenidas de fractura de cadera regresan de alta, la intervención de fisioterapia en el domicilio posterior al alta del hospital puede determinar los resultados funcionales para estas personas. Para la autora, su estudio pone en evidencia la cuestión de la cantidad y calidad de las sesiones de fisioterapia,

concluyendo que en el contexto de analizado y para unos resultados funcionales comparables, el número de visitas domiciliarias fue mucho menor que las sesiones necesarias en el entorno especializado.

En este sentido, bajo la cuestión de los costos, subyace el particular valor de la significación y contextualización de la intervención para las personas ubicadas en el domicilio.

Por otro lado, recientemente el interés de diferentes colectivos investigadores se ha centrado en el ejercicio realizado en casa (Dunkan 1998; Li et al., 2000; Savage et al., 2001; Ravaud et al., 2004; Roddy et al., 2005; Deyle et al., 2005) aunque generalmente estudian los efectos de programas de ejercicios realizados de forma autónoma por las personas en su domicilio. En algunos casos, se cita un nivel mayor o menor de supervisión, aunque generalmente esta supervisión se refiere al personal investigador y no siempre especifica su intervención. El trabajo de Thomas y cols. (2002) estudia los resultados de la realización de determinados ejercicios en el domicilio para aliviar problemas de rodilla. El aspecto novedoso en este sentido es que consideran que la supervisión ha de gestionarse desde el nivel comunitario, lo cual apunta al papel de la intervención cercana y continuada y a la función del profesional de salud en el asesoramiento y acompañamiento.

El trabajo de Luukinen y cols (2006) hace referencia al ejercicio realizado en casa como estrategia preventiva, donde la intervención en su estudio es diseñada por profesionales de la fisioterapeuta y terapia ocupacional. En la línea de estudios sobre el ejercicio terapéutico realizado en casa, estudios como el de Montilla y cols. (2005) analizan los factores y estilos de prácticas fisioterapeutas que influyen en la adherencia a los programas domiciliarios. Estos estudios citados analizan aspectos del desarrollo de ejercicios en el domicilio, denominándolo en algunos casos como fisioterapia domiciliaria, utilizando este término en referencia al ejercicio terapéutico realizado con o sin supervisión en el hogar de la persona.

Los datos publicados de agencias privadas que realizan intervención de fisioterapia en el domicilio, nos pueden aportar una referencia de los diagnósticos que más frecuentemente son considerados como motivo de intervención de la fisioterapia en el domicilio. En este sentido la publicación de sus indicadores (Montagut, Flotats y Lucas, 2005) pone de manifiesto que la intervención más frecuente en el domicilio se debe a la atención a personas diagnosticadas de hemiplejía, fractura de la epífisis proximal del fémur, síndrome de inmovilidad, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, enfermedad neurológica central, enfermedad neurológica medular y fractura de la epífisis proximal del húmero. De ellos, recientemente ha habido un notable aumento de los casos tratados por intervenciones de prótesis de rodilla o cadera y las

secuelas de la inmovilidad de personas con patología crónica. En cuanto a la distribución por edad y sexo, en el período entre 1993 y 2002 fueron atendidas más de setenta mil personas de las cuales más del 60% eran mujeres. Más del 80% de las personas atendidas en su domicilio tenían más de 65 años y de ellas más del 20% eran mayores de 85 años.

Tradicionalmente sin embargo, desde los ámbitos de la fisioterapia, la intervención domiciliaria no ha sido muy estudiada debido quizás a que su implantación en este ámbito de la salud no es muy extendida. Como se ha visto, los estudios hacen referencia generalmente a la comparación entre atención hospitalaria y la domiciliaria, centrando sus objetivos en la evaluación de los costos. Para algunos autores, la sobrecarga de trabajo y el deficiente número de profesionales parece limitar no sólo la intervención domiciliaria, sino otras actividades supuestamente inherentes a su actividad como la investigación (Escobar et al., 2002). Sin embargo, nuevos estudios se están abriendo paso sobre el marco conceptual de la práctica de fisioterapia en el domicilio, en especial en cuanto a aspectos relacionales entre profesionales y personas atendidas en el ámbito domiciliario, las expectativas de unos y otros con la intervención o las redes de comunicación con otros niveles socio sanitarios (Thornquist 1997; Widén et al, 2000; Wottrich et al 2004; García, 2005; Wottrich et al 2007; Ollonqvist, 2007). Otros autores, llaman la atención sobre el valor de vertebrar la intervención de fisioterapia en las necesidades y expectativas de la persona en el domicilio (Hale et al, 2003; Hale y Piggot, 2005). Apuntan de esta manera, que los objetivos de la intervención de fisioterapia en el domicilio, ha de centrarse en las necesidades de la persona allí ubicada y no sólo en resultados físicos observables o en las recomendaciones protocolizadas de intervención. Ello apunta a un futuro donde la investigación sobre la intervención en fisioterapia valore más los aspectos inherentes a la intervención en este entorno, superando el enfoque en la patología y sus costos.

4.4 MARCO JURIDICO

4.4.1 Legislación relacionada con el objeto del servicio:

Ley 528 de 1999: La fisioterapia es una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven. Orientando sus acciones la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas.²³

Decreto 2226 de 1996 y 1152 de 1999: Asigna al Ministerio de Salud la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas que en el campo de la salud, se relacionen con la tercera edad, indigentes, minusválido y discapacitados.^{24, 25}

Resolución 5261 de 1994: Adopta el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud en el que se incluyen las actividades y procedimientos de rehabilitación.²⁶

Resolución 4288 de 1996: Define el Plan de Atención Básica que contiene acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para toda la población.²⁷

Resolución 3165 de 1996: Adopta los lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, discapacidad y minusvalía.²⁸

²³ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 128 de 1999 [en línea]. Disponible desde internet: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf

²⁴ PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 2226 de 1996 [en línea]. Disponible desde internet: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1996/diciembre/05/dec2226051996.pdf

²⁵ PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1152 de 1999 [en línea]. Disponible desde internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%201152%20DE%201999.PDF>

²⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 de 1994 [en línea]. Disponible desde internet: http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Res_5261_Procedimientos.pdf

²⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 4288 de 1996 [en línea]. Disponible desde internet: <http://www.medellin.gov.co/ManualContratacion/Normatividad/Resolucion%204288%20de%201996.pdf>

Resolución número 3397 del 30 de Octubre de 1996 del Ministerio de Salud, por la cual establece las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Entidades Adaptadas, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), Instituciones Públicas y privadas Prestadoras de servicios de Salud.

Resolución 238 de 1999: “Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud...” quedando incluidos los servicios relacionados con psiquiatría, medicina física, rehabilitación, terapia Ocupacional, física y del lenguaje.²⁹

4.4.2 En términos de políticas públicas nacionales que intervienen en el presente documento se encuentra.

4.4.2.1 Plan Nacional. “Buen gobierno para la prosperidad democrática”³⁰

Planes de prevención y promoción a cargo del estado

La salud pública debe ser responsabilidad del Estado, para garantizar que labores como la promoción y la prevención lleguen a todos los colombianos. Universalizaremos la cobertura de los programas de vacunación, el control de enfermedades infecciosas, o de aquellas consideradas “erradicadas” que han reaparecido. Las políticas sobre Salud Pública deberán ser formuladas y monitoreadas desde el Ministerio de Salud y no desde las EPS.

Vida sana, larga y basada en el deporte y la prevención

²⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3165 de 1996 [en línea]. Disponible desde internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=10815>

²⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 238 de 1999 [en línea]. Disponible desde internet: <http://mail.comfandi.com.co:8087/salud/images/stories/documento/Resoluciones/RESOLUCIoN%20238%20DE%201999.pdf>

³⁰ <http://www.santospresidente.com/pdf/plan-de-gobierno-juan-manuel-santos.pdf>

El mejor aporte a la propia vida y a la sostenibilidad del sistema de salud colombiano consistirá en cambiar las costumbres de las familias y los ciudadanos. Tenemos que tomar conciencia de que la mejor cura para las enfermedades es una vida sana y con deporte continuo. Implementaremos estrategias masivas de educación sexual; nos comprometemos a trabajar con los jóvenes en formas de intervención más efectivas y en una mejor educación para disminuir el embarazo de adolescentes.

Un nuevo ministerio de la salud y la vida sana

Crearemos este Ministerio, para que exista un responsable político exclusivo de la calidad, la universalidad y la viabilidad naciera de este servicio fundamental para la vida de los colombianos. Estableceremos la rectoría del Sistema de Salud centrada en el ciudadano -como parte de un grupo familiar- y su derecho al acceso efectivo al servicio integral de salud, y fortaleceremos la Superintendencia de Salud.

4.4.2.2 Plan Departamental de Desarrollo

La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que es la función central y el núcleo principal de intervención, como del desarrollo social y económico de las comunidades. Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y/o rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local, en beneficio de la comunidad.

Además de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud, esta estrategia, que en el mundo lleva más de 30 años, ha mostrado ser un satisfactor sinérgico del desarrollo comunitario; recientemente nuestro Sistema General de Seguridad Social mediante la Ley 1438 estableció que este modelo de atención se desarrollará en nuestro país y al momento se espera una normatividad sobre el mismo.

Se pretende entonces, inspirados en la estrategia de Atención primaria en Salud, generar una estrategia de Atención Primaria Social que sea el primer contacto entre la comunidad y los diferentes sectores del Gobierno con el fin de solucionar adecuadamente las necesidades comunitarias; este contacto inicia con un diagnóstico por individuo, por familia y por comunidad, con el fin de mostrar la realidad de la población, sus dificultades y sus fortalezas y basados en este, realizar intervenciones que mejoren la calidad y el modo de vida de las poblaciones beneficiadas por el programa.

4.4.2.3 Plan de gobierno municipal

En cuanto al programa municipal actual “PROSPERIDAD CON EMPLEO Y SEGURIDAD” se aborda desde la línea “PEREIRA PARA VIVIR MEJOR” tópicos relevantes en materia de salud, donde se pretende abordar el aspecto de gestión de la salud pública mejorando tal proceso desde el fortalecimiento Técnico y Administrativo de la autoridad sanitaria del municipio, además de fortalecer los sistemas de inspección, vigilancia y control, así como la mejora en la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios.; Tomando relevancia en lo concerniente a este trabajo investigativo ítems como:

- *Promoción y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.*
- *Programa de salud en red y telemedicina, aprovechando las tecnologías de información y comunicaciones TIC`s, que incluya la unificación de las bases de datos.*
- *Implementar un programa de salud preventiva con promotores de atención domiciliaria.*

5. METODOLOGIA

5.1 Diseño

- “La presente es una investigación descriptiva.”

5.2 Población y Muestra

La población intervenida fue seleccionada en vista que fue representativa para obtener un estimado de las expectativas que presenta un grupo consolidado de una EPS de la ciudad de Pereira, presentando una cultura y disciplina frente a la terapia física, ya que son partícipes de un servicio ofrecido por la EPS a la cual están afiliados.

Se aplica la encuesta a la población perteneciente (N=72 personas) al Proyecto de Promoción de Actividad Física de los usuarios de COOMEVA EPS en el Municipio de Pereira, y que a su vez forman parte del programa de alto Riesgo Cardiovascular. Esta es mixta y su promedio de edad está en 62 años.

Actualmente participan activamente del servicio ofrecido por Coomeva. Previo a esto los integrantes son valorados por la UPREC (Unidad de Prevención Clínica) luego son estandarizados en pacientes de alto o mediano riesgo, por consiguiente son remitidos a medicina especializada según el caso y se finaliza con los respectivos controles médicos. Paralelo a esto Coomeva ofrece el servicio de Promoción y Prevención, el cual se ejecuta con un grupo interdisciplinario de Profesionales en el campo de la Salud, dirigido por un medico líder de riesgo cardiovascular el cual remite el paciente al médico internista o al área de Nutrición, Psicología o de Actividad Física, dependiendo el caso.

Criterios de inclusión:

Que pertenezca al grupo antes mencionado

Criterios de exclusión:

Que no formen parte del grupo antes mencionado

5.3 Variables

Tabla 5 Variables

DIMENSIONES	ITEMS
1. Económico	• Asignación Salarial
	• Perspectiva de Pago
	• Capacidad de Compra de Paquetes
2. Servicio	• Necesidad del servicio
	• Causa del servicio
	• Satisfacción durante la sesiones
	• Cumplimiento en sesiones
	• Satisfacción terminado el servicio
	• Causas de inasistencias a los servicios
	• Consideración sobre la necesidad de empresa prestadora de Fisioterapia y Kinesioterapia domiciliaria
	• Uso de servicios de fisioterapia y kinesioterapia a domicilio
	• Jornada de preferencia
	• Conocimiento de necesidad de servicio ajena
3. Dolor	• Presencia de sintomatología
	• Tipo según el curso
	• Localización
4. Comunicación	• Fuente de conocimiento sobre la empresa prestadora del servicio

5.4 Técnicas e instrumentos

La intervención será realizada mediante una entrevista a cada uno de los usuarios pertenecientes al proyecto de Promoción de Actividad Física de los usuarios de COOMEVA EPS en el Municipio de Pereira, y que a su vez forman parte del programa de alto Riesgo Cardiovascular y utilizando la encuesta construida como instrumento para recopilar la información.

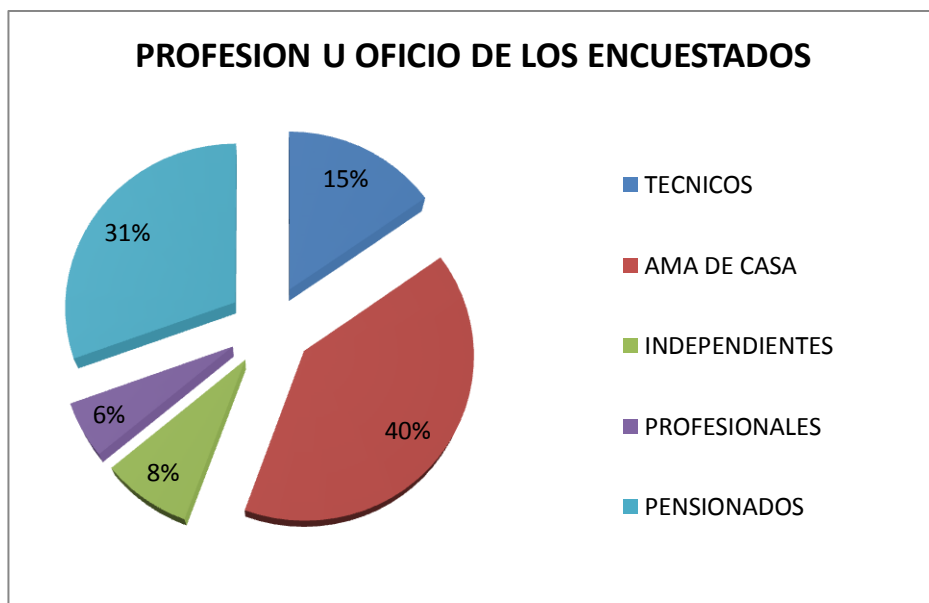
6. RESULTADOS

Es importante presentar los resultados de la investigación de forma que permita identificar tanto como sea posible no sólo los datos que emergen del estudio, sino también el proceso de análisis y su interpretación.

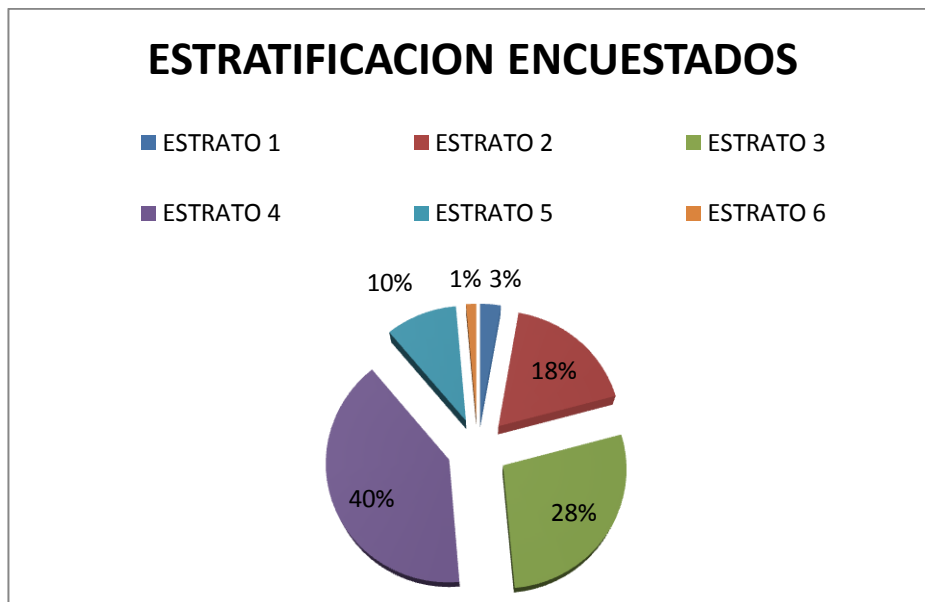
A continuación se socializan los resultados obtenidos tras la aplicación de la encuesta con el fin de conocer la percepción de las personas acerca de la prestación de un servicio domiciliario de Fisioterapia y Kinesioterapia en las personas del Proyecto de Promoción de Actividad Física de los usuarios de COOMEVA EPS en el Municipio de Pereira, en el primer semestre del año 2012.

Los resultados contribuyeron para construir una propuesta para la creación de una empresa de Fisioterapia y Kinesiterapia a domicilio en el Municipio de Pereira y al desarrollo del trabajo de grado.

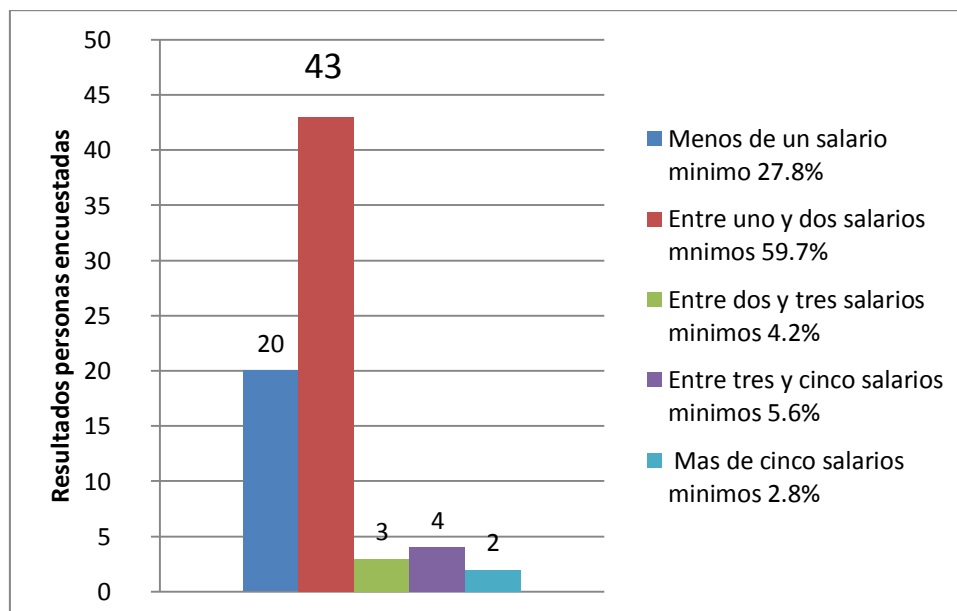
Grafica 4 Profesión u oficios de los encuestados



Grafica 5 Estratificación de los encuestados

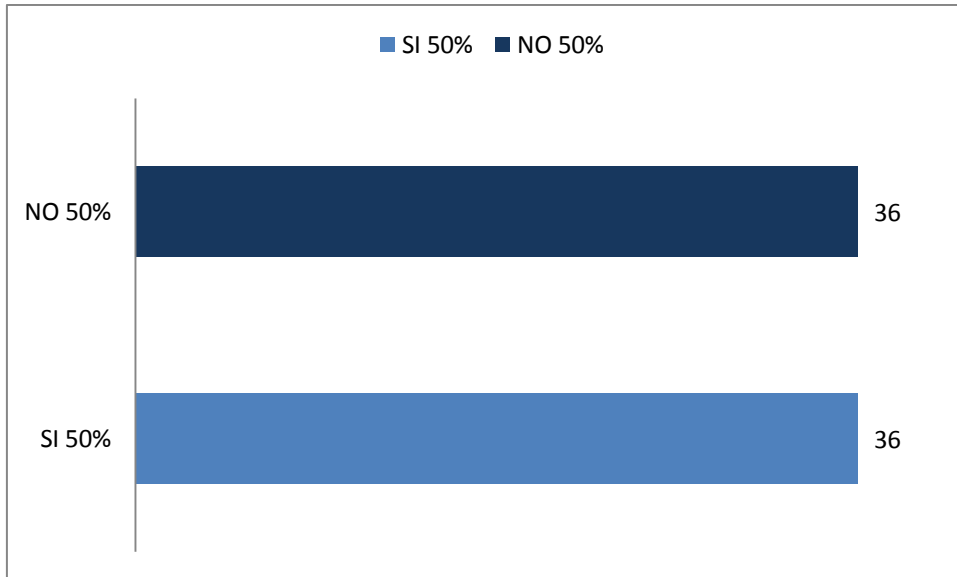


Grafica 6 ¿Su asignación salarial se encuentra entre?



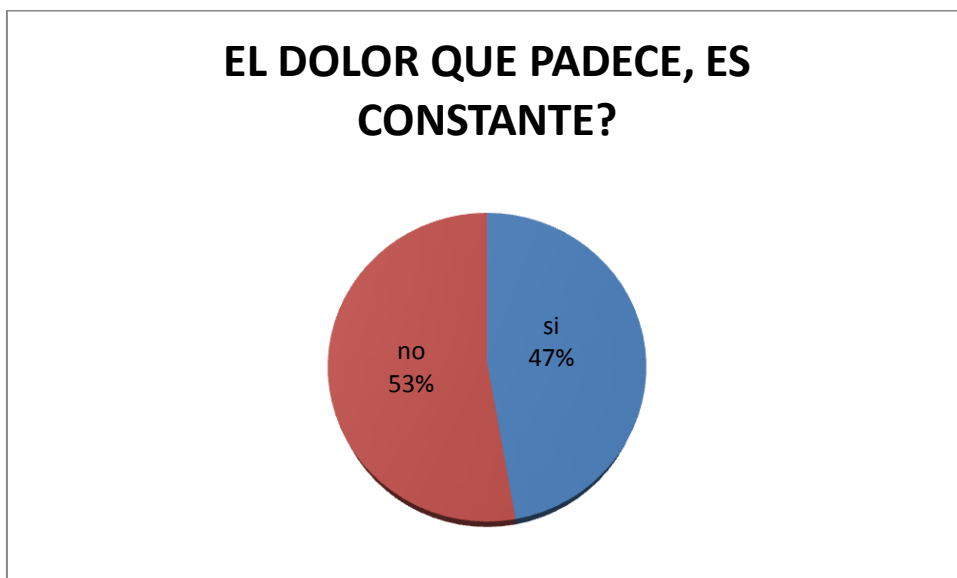
Analizando los resultados de la encuesta sobresale que 43 personas perciben un ingreso mensual entre uno y dos salarios mínimos equivalentes a 59.7%.

Grafica 7 ¿Presenta alguna condición de dolor que le moleste, dificulte o impida la realización de actividades cotidianas?



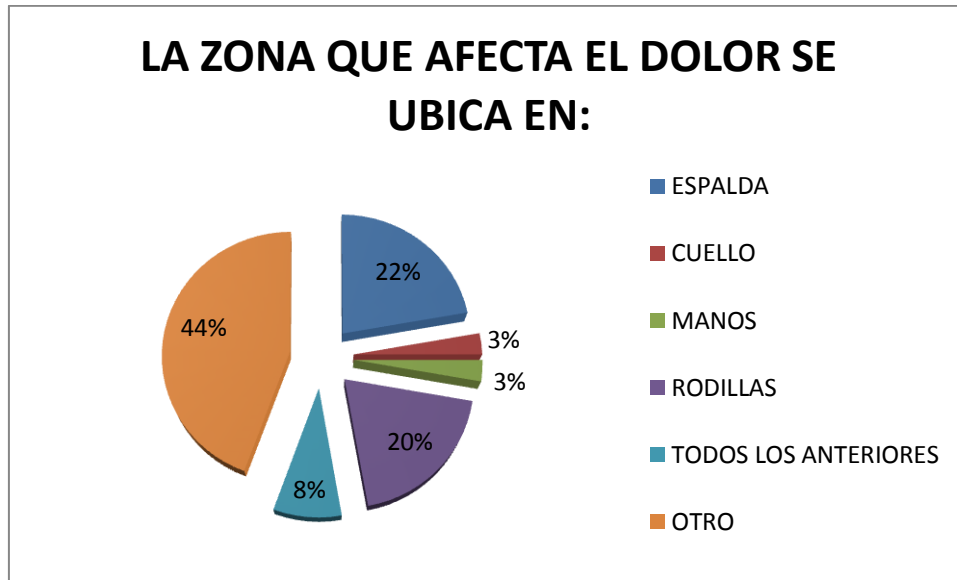
Observamos una similitud en la cantidad de personas que pueden o no presentar dolores, que molesten dificulten o impidan la realización de actividades cotidianas ya que tanto en el sí como en el no corresponden al 50% del total de encuestados.

Grafica 8 ¿El dolor que padece es constante?



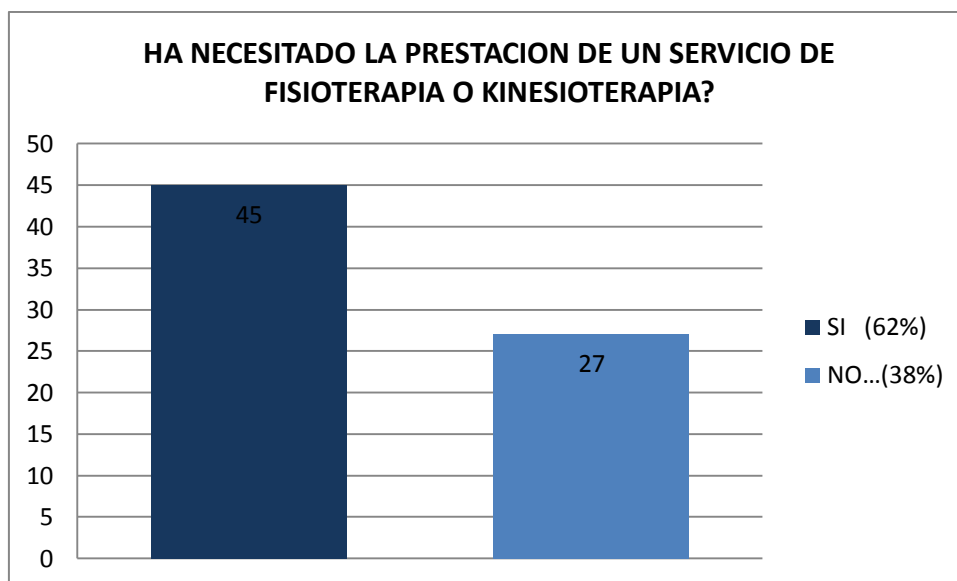
En la grafica 8, 19 personas equivalentes al 53% respondieron que no padecen un dolor constante, 17 personas equivalentes al 47% respondieron que si padecen un dolor constante.

Grafica 9 ¿La zona que afecta el dolor se ubica en?



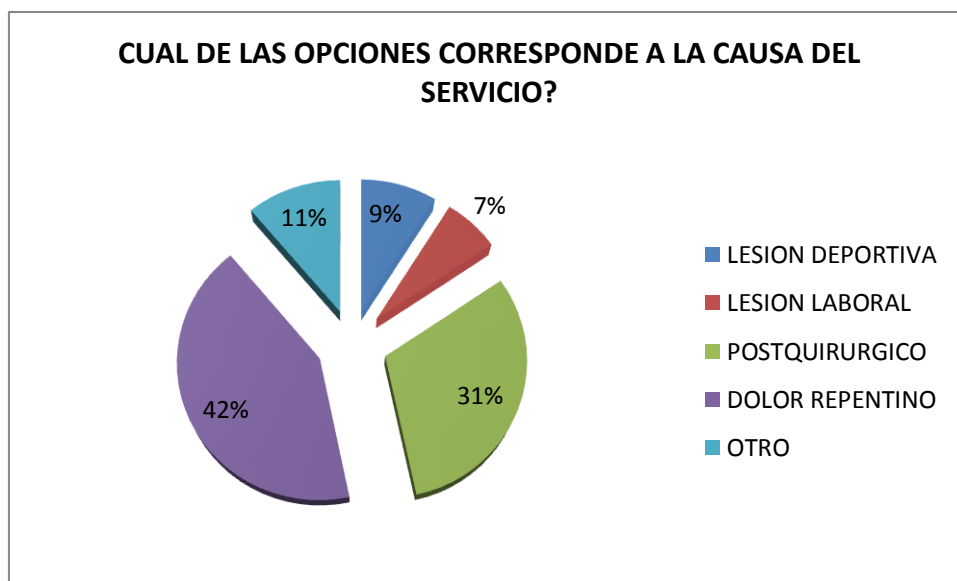
Según la grafica 9, los resultados de la encuesta resaltan que 8 personas equivalentes al 22% reflejan un dolor en la espalda, y 61 personas, equivalentes al 44% reflejan dolores en otro sitio en codos, cadera y tobillo respectivamente.

Grafica 10 ¿En alguna ocasión ha necesitado de la prestación de un servicio de fisioterapia o kinesioterapia?



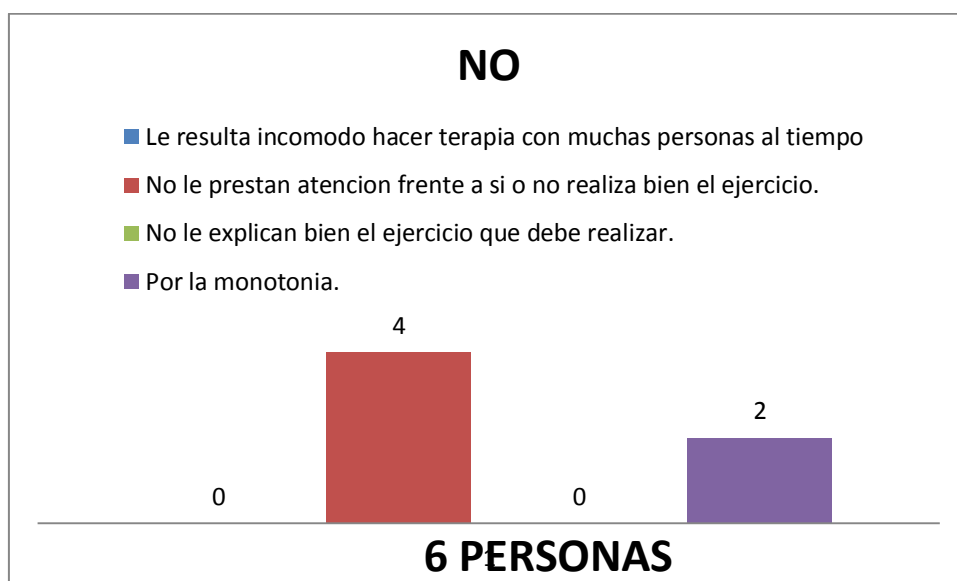
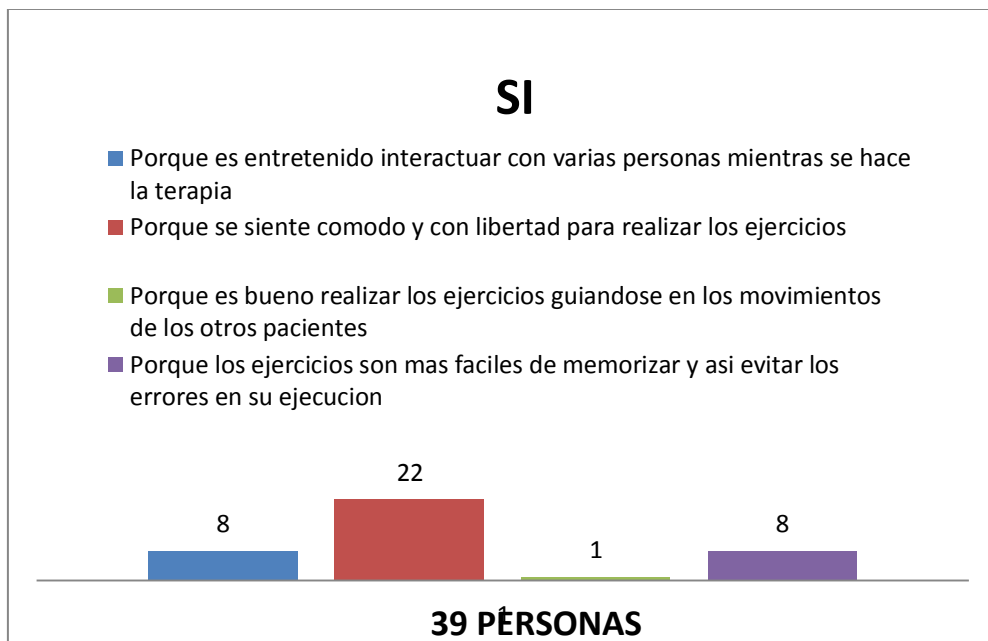
Los resultados de la grafica 10 permiten establecer que 45 personas equivalentes al 62% aducen que en alguna ocasión necesitaron la prestación de un servicio de fisioterapia o kinesioterapia, frente a 27 personas equivalentes a un 38% que no han necesitado el servicio.

Grafica 11 ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a la causa del servicio?



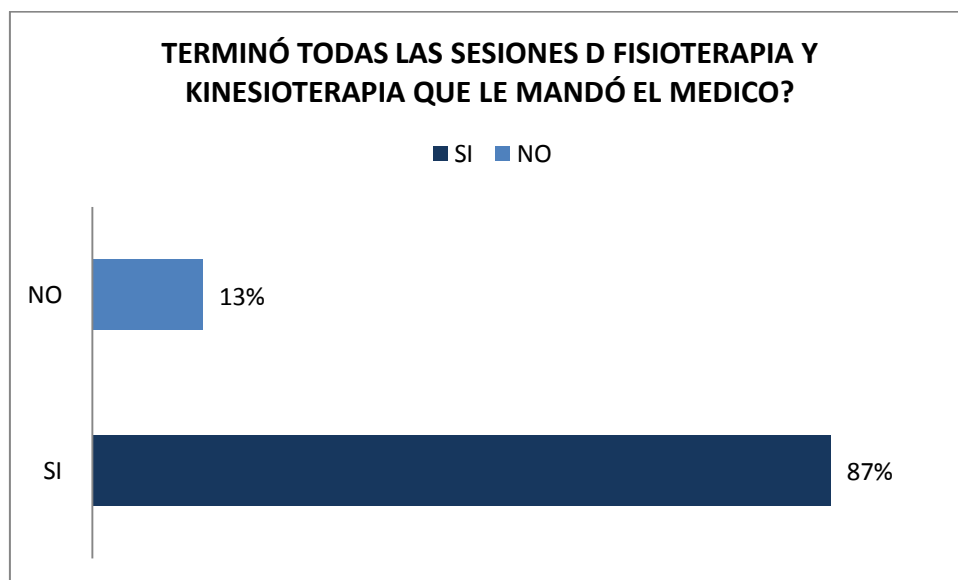
En la grafica 11, se refleja que 19 personas equivalentes al 42% presentaron un dolor repentino y 14 personas equivalentes al 31% por una causa postquirúrgica.

Grafica 12 ¿Está usted satisfecho con los servicios que le han prestado de Fisioterapia y kinesioterapia?



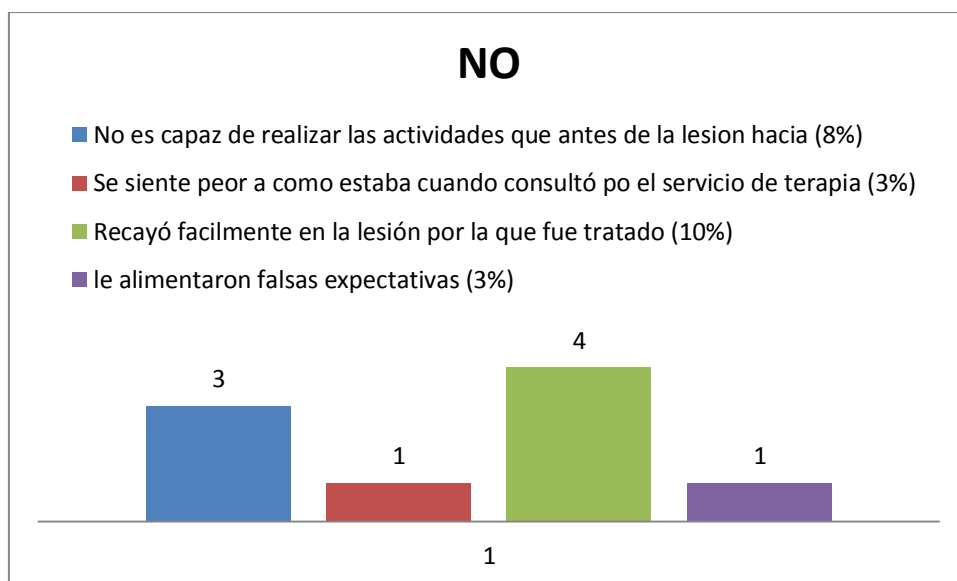
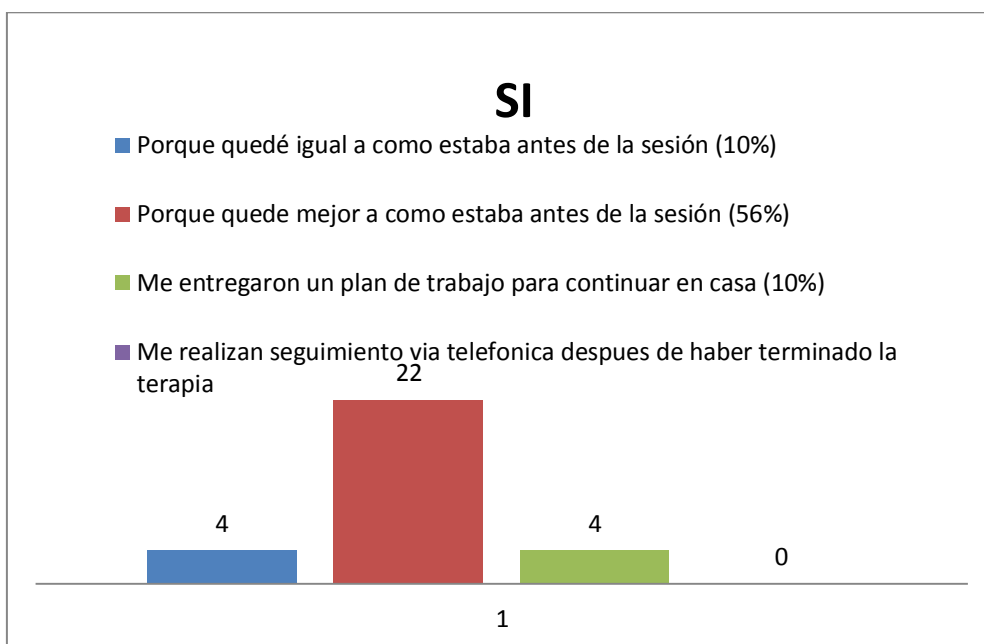
Dentro de la grafica 12, 39 personas equivalentes al 86.66% refieren que si se encuentran satisfechas con el servicio de fisioterapia y kinesiterapia, de las cuales 22 personas equivalentes al 48.89% lo hacen porque se sintieron cómodos con la realización de los ejercicios y 8 personas equivalentes al 17.78% porque les resulto entretenido interactuar con varias personas mientras realizaban la terapia, frente a 6 personas equivalentes 13.34% que no se encontraron satisfechos subdivididos en 4 personas equivalentes al 8.89% porque no les prestaron atención suficiente al realizar el ejercicio.

Grafica 13 ¿Terminó todas las sesiones de fisioterapia y kinesioterapia que le mando el médico?



Con base a la grafica 13 del total de las personas que han asistido a sesiones de fisioterapia y Kinesiterapia, 39 de estas, son equivalentes al 87% respondieron que si completaron todas las sesiones formuladas por el médico, frente a 6 personas equivalentes 13% que respondieron lo contrario.

Grafica 14 ¿Después de haber terminado el servicio de fisioterapia quedo satisfecho?



La grafica 14 denota que 30 personas son equivalentes al 76.9% mencionan haber quedado satisfechos con el servicio de fisioterapia que les brindaron, que a su vez 22 de estas, equivalentes al 56.41% lo justifican porque quedaron mejor a como estaban antes de la lesión, frente a 9 personas equivalentes al 23.1% que exponen no haber quedado satisfechas con la prestación del servicio de fisioterapia con los resultado obtenidos después de haber finalizado dichas sesiones, de las cuales 4 personas

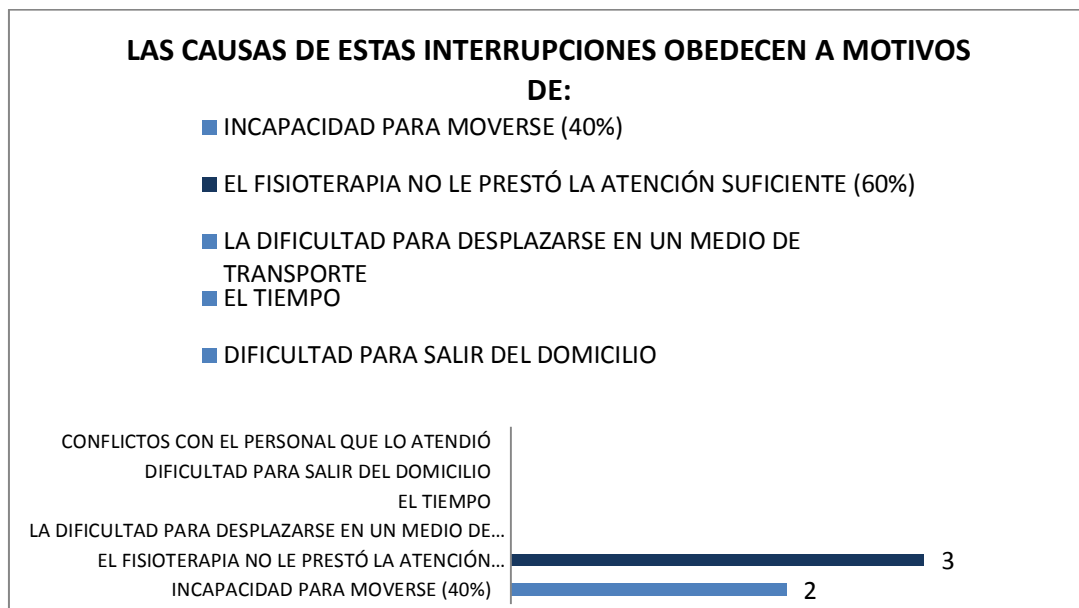
equivalentes al 10% basan su respuesta por haber recaído fácilmente en la lesión que estaban siendo tratados.

Grafica 15 ¿Ha presentado dificultades para dar continuidad a las sesiones de fisioterapia?



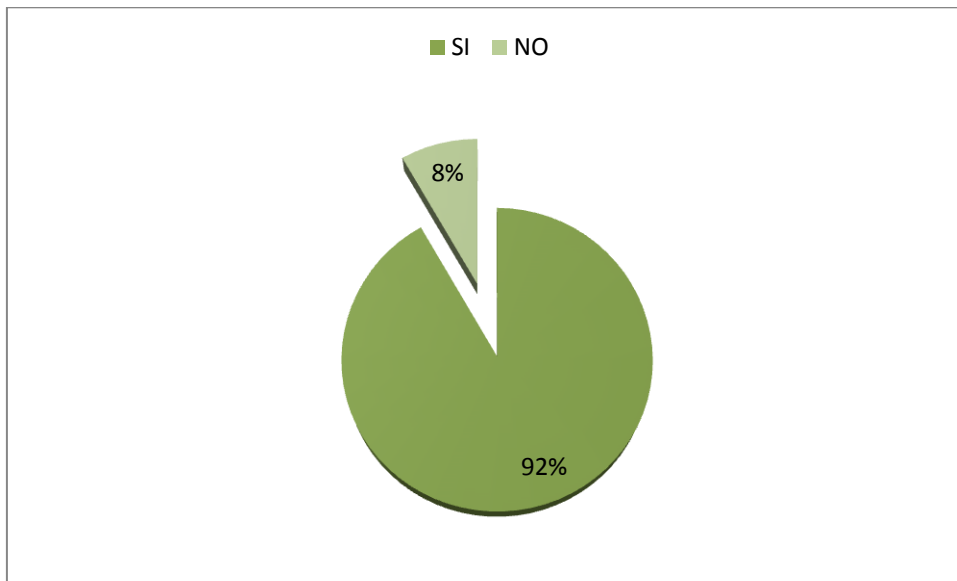
En la grafica 15, se observa que 40 personas equivalentes al 89% no presentan dificultades para dar continuidad a las sesiones de fisioterapia, comparado con 5 personas equivalentes el 11% que si han tenido dificultades para dar continuidad a estas.

Grafica 16 ¿Las causas de estas interrupciones obedecen a motivos de?



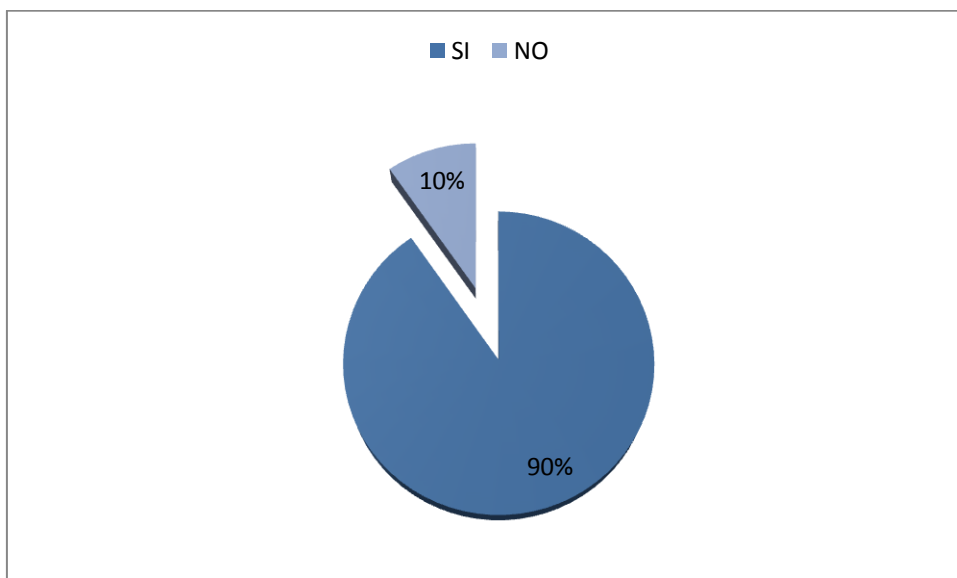
Se visualiza en la grafica 16, que las causas de estas interrupciones evidencian 3 personas equivalentes al 60% se debieron que el fisioterapeuta no les prestó la atención suficiente frente a 2 personas equivalentes al 40% fueron producto de la incapacidad que presentaron para moverse.

Grafica 17 ¿Considera que sería bueno que alguna empresa prestara servicios de fisioterapia y kinesiología a domicilio?



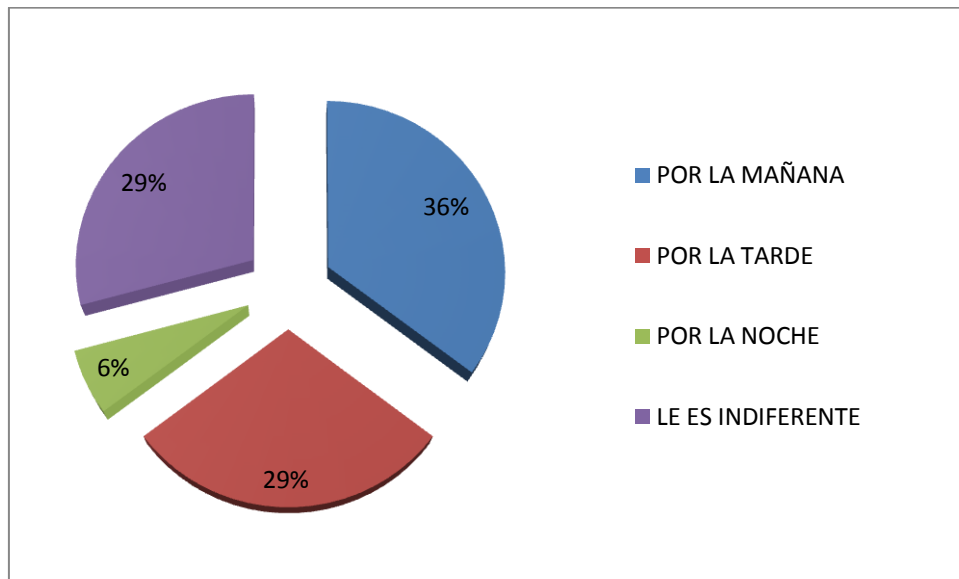
Según los resultados que revela la grafica 17 sobresale que 66 personas equivalentes al 92% consideran que si sería bueno que alguna empresa prestara los servicios de fisioterapia y Kinesiterapia domicilio.

Grafica 18 ¿Utilizaría los servicios de una empresa de fisioterapia y kinesiología que le brinde la posibilidad de atención a domicilio?



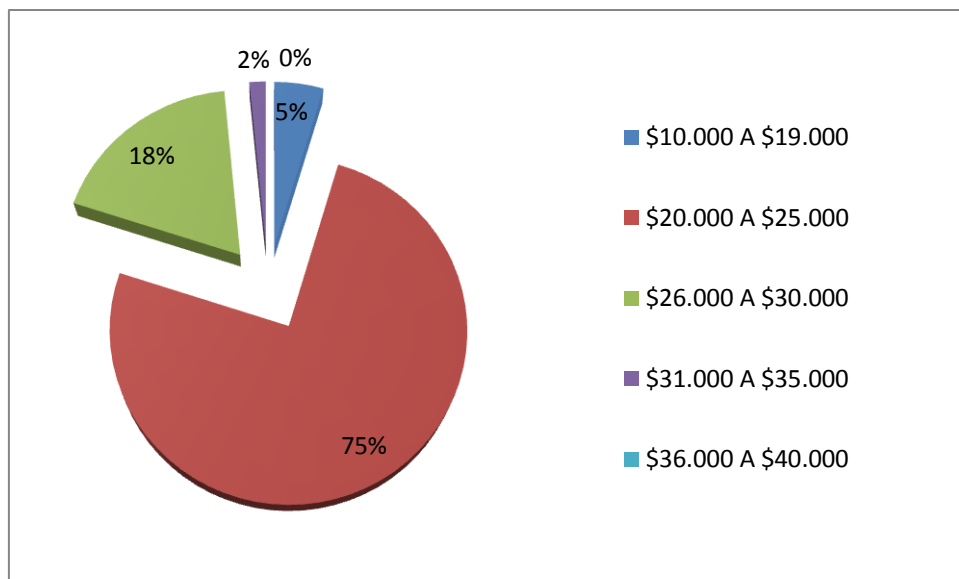
De acuerdo a la grafica 18, se resalta que 65 personas equivalentes al 90% si usarían los servicios de fisioterapia y Kinesiterapia a domicilio.

Grafica 19 ¿En qué jornada se sentiría más cómodo para recibir los servicios de fisioterapia y kinesioterapia?



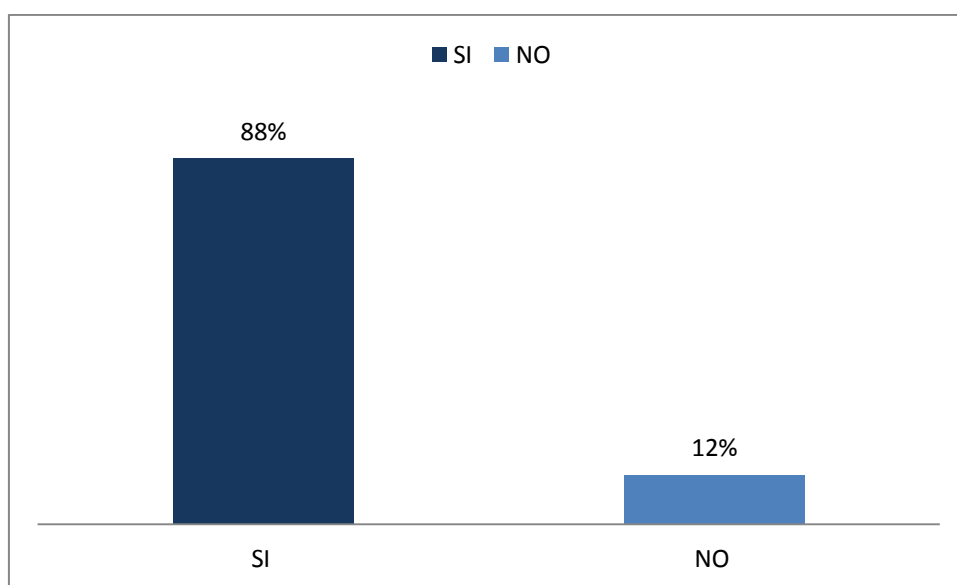
Conforme a los datos que nos muestra la grafica 19, 23 personas equivalentes 36% consideran sentirse más cómodos recibiendo los servicios de fisioterapia en la jornada de la mañana, 19 personas equivalentes al 29 % en la jornada de la tarde, y 19 personas equivalentes al 29% le es indiferente el horario.

Grafica 20 ¿Cuánto considera que podría pagar por un servicio de fisioterapia y kinesioterapia a domicilio con una hora de duración?



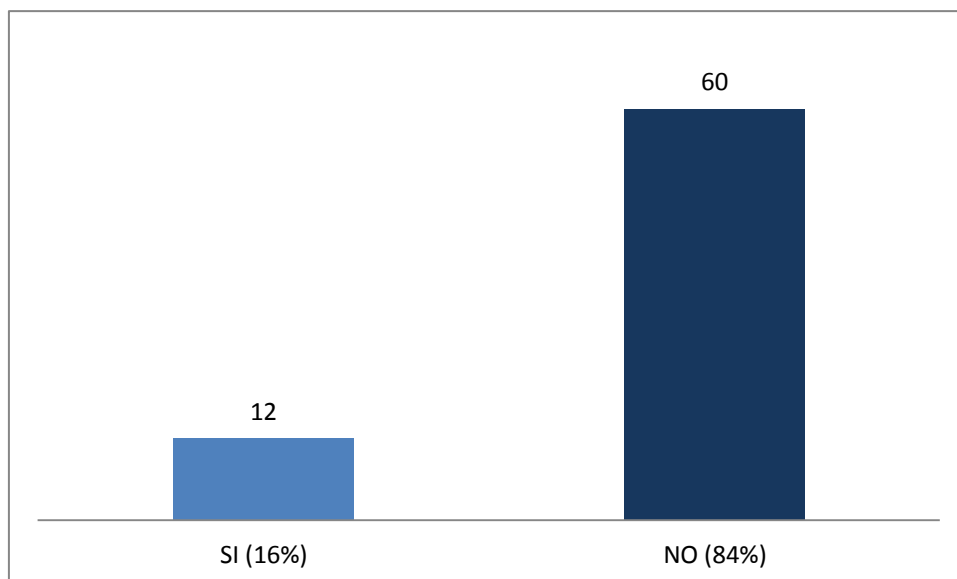
Según los datos de la grafica 20, 49 personas equivalentes el 75% consideran que podrían pagar entre 20.000\$ y 25.000\$ por un servicio de fisioterapia a domicilio por una hora y 12 personas equivalentes al 18% podrían pagar entre 26.000\$ y 30.000\$.

Grafica 21 ¿Compraría paquetes de servicios de fisioterapia y kinesioterapia para prestarlos a domicilio que reúnan la cantidad de sesiones recomendadas por el médico y que además resultaran un poco más económicos?



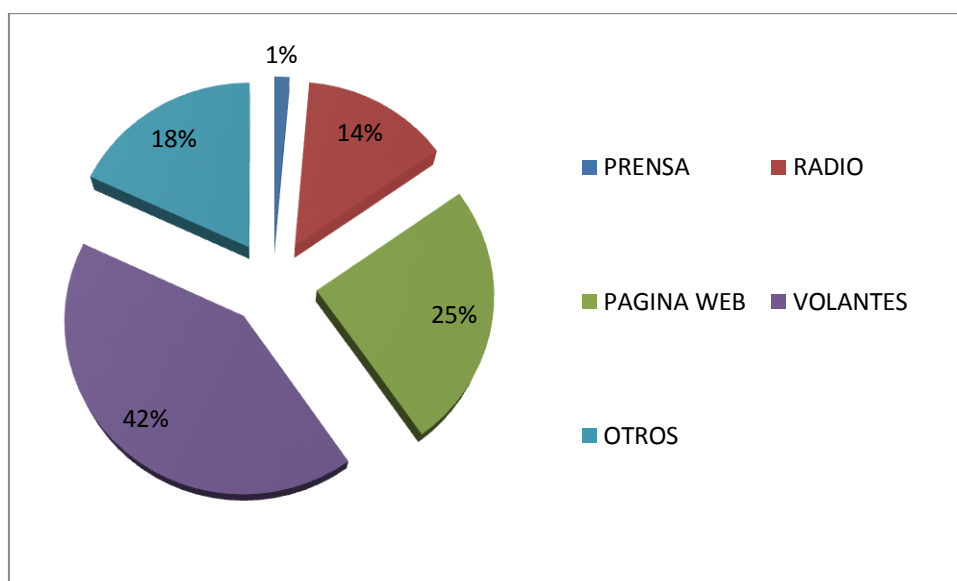
En la grafica 21 se refleja que 57 personas equivalentes al 88% si comprarían paquetes completos de fisioterapia y Kinesiterapia a domicilio y 8 personas equivalentes al 12% no comprarían los paquetes de fisioterapia a domicilio.

Grafica 22 ¿Conoce de alguna otra persona que no haya respondido esta encuesta, que necesite y le interese pagar por la prestación de servicios de fisioterapia y kinesiología a domicilio?



La grafica 22, se visualiza que 60 personas equivalentes al 84% manifiestan no conocer personas interesadas o que necesiten pagar por la prestación del servicio de fisioterapia y Kinesioterapia a domicilio, frente a 12 personas equivalentes al 16% que si conocen otras personas interesadas en el servicio.

Grafica 23 ¿Cómo le gustaría que le llegara la información de los servicios que la empresa de fisioterapia y kinesiología le puede ofrecer?



De acuerdo a la grafica 23 se destaca que 30 personas equivalentes al 42% les gustaría recibir la información de los servicios de fisioterapia a domicilio ofrecidos por la empresa por medio de volantes, 18 personas equivalentes a 25% por páginas web.

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Como hemos visto, la fisioterapia ocupa un lugar importante dentro de los servicios que son ofrecidos a la comunidad, por parte de las entidades o profesionales del área de la salud. Una de las grandes dificultades para localizar y analizar los resultados de la intervención de fisioterapia en el domicilio se encuentra en la poca especificidad o ambigüedad con que muchos estudios hacen referencia a la intervención de fisioterapia.

En este sentido es común que algunos autores utilicen erróneamente el término “rehabilitación” como sinónimo de “fisioterapia”, cuando en realidad aquella implica una acción integrada en la que pueden intervenir distintos colectivos profesionales. A su vez, como se ha comentado previamente, la fisioterapia puede intervenir en otros escenarios preventivos o curativos y no solo en un proceso rehabilitador.

Este estudio se llevo a cabo con 72 personas, con un rango de edades entre los 37 y 80 años de edad, integrantes del Programa “Promoción de Actividad Física de los Usuarios de Coomeva EPS del sector salud en el Municipio de Pereira” De los cuales las amas de casa, fueron el mayor segmento ocupacional registrado con un 40%, seguidas de un 31% con sujetos pensionados, el resto se distribuyen entre técnicos, independientes y profesionales.. El 40% son estrato 4 y el 28% corresponden al estrato 3, del mismo modo, el 59.7% percibían como ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos, mientras que el 27,8% recibían menos de un salario mínimo; permitiendo establecer que al parecer la mayoría de encuestados percibían en promedio mensual el mínimo vital.

Se puede establecer que la mitad de los sujetos encuestados padecen de alguna dolencia que le moleste, dificulte o impida la realización de actividades cotidianas donde el 44% la ubicaban en otra zona como codo, cadera, y tobillo, seguido de un 22% que lo hacía en espalda. Frente a esto, el 53% no presentaban una manifestación dolorosa constante.

El 62% respondió que si ha necesitado de la prestación de un servicio de fisioterapia o kinesioterapia donde las causas obedecieron en un 42% a dolor repentino y el 31% por motivos postquirúrgicos, esto hace pensar que la tasa de personas que requieren en algún momento de su vida de un servicio de

terapia física es alta, además de la necesidad potencial existente frente a un tipo de servicio que trate estos trastornos.

Del 62% de personas encuestadas que respondieron que en algún momento requirieron de un servicio de fisioterapia o kinesiología, el 86.6 % mencionaron haber estado satisfechas durante su proceso de rehabilitación por la comodidad con los ejercicios y el 76.9% lograron quedar satisfechas con el servicio por se sintieron mejor a como estaban antes de la intervención, además el 87% lograron terminar todas las sesiones de fisioterapia que les formulo el médico; reflejando una relación directa y proporcional entre la satisfacción del servicio y el interés o motivación para culminar todo el proceso de rehabilitación. Por otra parte, el 88.9% comentan no haber presentado dificultades para continuar con este proceso de rehabilitación.

Dentro de los encuestados el 92% consideran bueno que alguna empresa prestara el servicio de Fisioterapia y Kinesiología a domicilio y el 90% refieren utilizarlos en el momento en que se necesiten. Permitiendo considerar viable la opción de crear propuestas domiciliarias frente a este servicio.

Del 90% de personas que mencionaron utilizar este tipo de servicios el 36% comentan sentirse más cómodos recibéndolo en horas de la mañana, frente a un 29% que se le es indiferente. Teniendo en cuenta lo anterior se deberá tener muy presente la variedad existente para los gustos de atención, además de la tendencia del mundo moderno frente a la demanda horaria del consumidor y por ende tener la capacidad de atender el usuario las 24 horas del día.

En términos económicos, de este 90% el 75% manifestaron poder pagar entre 20.000 y 25.000 pesos m/cte por un servicio de fisioterapia y kinesiología domiciliario con una hora de duración, además de que el 88% expresaron su aceptación frente al consumo de paquetes de estos servicios, que a su vez reflejaban una disminución del costo para varias sesiones, lo cual refleja una vez más la viabilidad económica para la construcción de este tipo de propuestas.

8. CONCLUSIONES

- La mayoría de la población encuestada, que en algún momento han usado servicios de fisioterapia o kinesiología, refieren sentirse satisfechos con los servicios que les han prestado, debido al desarrollo de ejercicios cómodos y obtener logros frente al proceso terapéutico que les permite sentirse mejor a como se encontraban antes de la lesión.
- Casi la totalidad de los encuestados perciben viable la formulación de una propuesta que considere prestar los servicios de fisioterapia y kinesiología a domicilio.
- Casi la totalidad de la población usarían los servicios de fisioterapia y kinesiología a domicilio en caso de que llegasen a requerir de estos.
- A pesar que el porcentaje más alto frente al horario de preferencia para el uso del servicio fue en la mañana con un 36%, no sería adecuado que los servicios solo se dirigieran en este, en vista de que la tarde y la noche también presentan simpatizantes.
- El 75% de la población que usaría los servicios de fisioterapia y Kinesiología a domicilio, consideran que cualquier valor ubicado dentro del rango entre 20.000 y 25.000 pesos m/cte sería posible de pagar por la prestación de este servicio.
- De la población encuestada que usaría el servicio de fisioterapia y kinesiología a domicilio, la mayoría estaría de acuerdo con pagar de manera anticipada, paquetes de varias sesiones que impliquen un descuento frente al costo total que puede tener el pagar de forma individual cada sesión.

9. RECOMENDACIONES.

- Es importante que para futuras investigaciones, se seleccione un grupo poblacional de un centro asistencial de fisioterapia, de forma aleatoria, y se ubique nuevamente las expectativas que estos han tenido frente al servicio, en aras de establecer directrices que den una idea más específica frente a la opinión del servicio de fisioterapia y kinesioterapia que estos tienen.
- Con base en la viabilidad que tiene ofrecer un servicio de fisioterapia y kinesioterapia a domicilio, sería adecuado construir una propuesta que incluya este tipo de atención al público para ser pagada de manera particular u ofrecida a través de una EPS que la contrate.
- Se considera necesario ampliar este estudio, recopilando las expectativas y opiniones que presentan los pacientes que no pueden asistir al centro asistencial de terapia física; dentro del marco que busca la viabilidad social y económica de este tipo de servicio a domicilio.
- Es importante para los interesados en el servicio, conocer que entidades ofertan la asistencia de fisioterapia a domicilio, como lo hacen y con qué recursos humanos y físicos cuentan, con el fin de identificar donde pueden satisfacer su necesidad y seleccionar la opción que más se les ajuste; por lo que se hace relevante, que en futuras investigaciones se realice un estado del arte frente a las entidades oficiales del municipio que ofertan el servicio domiciliario de fisioterapia y la calidad con que este se ofrece, además de la población beneficiada y los costos operativos del mismo.
- En vista de la tendencia que presenta el mundo moderno frente a los horarios de los servicios prestados, es necesario que las propuestas que se elaboren dentro de todo el marco de asistencia salubrista sea ofertado las 24 horas estén o no considerados como casos urgentes.

10. BIBLIOGRAFIA

- AHONEN, Jarmo. Et, al. Kinesiología y Anatomía aplicada a la actividad física. 2 Ed. Barcelona: Editorial Paidotribo, 2001. 287 p.
- ARANZANA, ANTONIO. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. Disponible en línea en: <http://www.scmfic.org/scmfic/atach/CAST-programaATDOM.pdf>
- BRENNAN, David. BARKER, Linsey. Human factors in the development and implementation of telerehabilitation systems. En: Journal of telemedicine and telecare. Vol. 14(2) 2008; p. 55 –58.
- BUCK, Susanne. Nine human factors contributing to the user acceptance of telemedicine applications: a cognitive-emotional approach. En: Journal of telemedicine and telecare. Vol. 15(2) 2009; p. 55 –58.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 128 de 1999 [en línea]. Disponible desde internet: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf
- CORREA, Maria. Dinámica de sistemas en empresas de servicios médicos domiciliarios. En: II ENCUENTRO COLOMBIANO DE DINÁMICA DE SISTEMAS (19 y 20; 2004; Santa Marta). Ponencias del II Encuentro Colombiano de Dinámica de Sistemas. Santa Marta: Universidad de Magdalena, 2004.
- COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. 2011.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 de 1994 [en línea]. Disponible desde internet: http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Res_5261_Procedimientos.pdf
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 4288 de 1996 [en línea]. Disponible desde internet <http://www.medellin.gov.co/ManualContratacion/Normatividad/Resolucion%204288%20de%201996.pdf>
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3165 de 1996 [en línea]. Disponible desde internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=10815>

- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolucion 238 de 1999 [en línea]. Disponible desde internet:
<http://mail.comfandi.com.co:8087/salud/images/stories/documento/Resoluciones/RESOLUCIoN%20238%20DE%201999.pdf>
- COOMEVA EPS. [en línea]. 2012 [Citado el 15 Mar 2012]. Disponible desde:
<http://eps.coomeva.com.co/>
- DRAE, Diccionario de la Real Academia Española.
- ERIKSSON, Lizbeth. Physiotherapy at a distance: a controlled study of rehabilitation at home after a shoulder joint operation. En: Journal of telemedicine and telecare. Vol. 15 (5). 2009; p. 215 – 220.
- ERIKSSON, Lizbeth. Patients' experiences of telerehabilitation at home after shoulder joint replacement. En: Journal of telemedicine and telecare. Vol. 17 (1). 2011; p. 25 – 30.
- FRANCES PAYNE BOLTON SCHOOL OF NURSING En: Home Healt Care. Vol.16 (6). 1998; p. 411 – 5.
- GARROD, Rachel. The Pros and Cons of Pulmonary Rehabilitation at Home. En: Chartered Society of Physiotherapy. Vol. 84 (12).1998; p. 603 – 607.
- GENOT, C. Et, al. Kinesioterapia. principios: Evaluaciones. Técnicas pasivas y activas del aparato locomotor. 1 Ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 2005; 529 p.
- GONZÁLEZ, Victor Et Al. Hospitalización a domicilio. En: Revista Medicina clínica. Vol. 118 (17) Barcelona. España. 2002; p. 659-664.
- GUIMARAES, Aldira. MERCHAN-HAMANN, Edgar. Repensando el papel del Kinesiólogo en la sociedad Brasileña. En: Revista Cubana Salud Pública. 2004.
- HAILEY, David. Evidence of benefit from telerehabilitation in routine care: a systematic review. En: Journal of telemedicine and telecare. Vol. 17 (6). 2011; p. 281 – 287.

- HAGGERTY, Margaret. Et,al. Respi-Care. An innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease. En: Chest Journal. Vol. 100(3).1991; p. 607 – 612.
- INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERACION PARA LA AGRICULTURA. Curso de Capacitación. Modulo 3: Planificación aplicada a empresas asociativas rurales. Lima: 2006. 61 p.
- INIESTA, Lorenzo. Diccionario de Marketing y Publicidad. 1 Ed. Barcelona: Ediciones Gestión. 2004. 267 p.
- JOHANSSON, Tim. WILD, Claudia. Telerehabilitation in stroke care – a systematic review En: Journal of telemedicine and telecare. Vol. 17(1) 2011; p. 1 – 6.
- LOURIDO, Berta. Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria. Palma de Mallorca, 2008, 450 p. Tesis Doctoral (Investigación e innovación en educación). Universitat de les Illes Balears.
- LOURIDO, Berta; GELABERT, Verger. La perspectiva comunitaria en la fisioterapia domiciliaria: una revisión. En: Revista Elsevier Doyma. Vol. 30 (5). 2008; p. 231 – 237.
- LAI, Jerry. Et, al. Telerehabilitation — a new model for community-based stroke rehabilitation. En: Journal of telemedicine and telecare. Vol. 10(4) 2004; p. 199 – 205.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte, Madrid.1999, 64 p. [en línea]. [Citado el 20 Feb 2012]. Disponible desde: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/atDomiciliaria.pdf>
- MAQUEDA, Javier. LLAGUNO, Jose. Marketing Estratégico para Empresas de Servicios. 1 Ed. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A.1995. 531 p.
- MARKLE-REID, Maureen. Et, al. Reducing depression in older home care clients: design of a prospective study of a nurse-led interprofessional mental health promotion intervention. En: Biomed central geriatric. Vol. 11(50).2011; p. 1471 - 2318.
- MCCARTHY, Christopher. Et, al. Supplementation of a home-based exercise programme with a class-based programme for people with osteoarthritis of

the knees: a randomised controlled trial and health economic analysis. En: Healt Tecnology Assessment. Vol. 8 (46). 2004; p. 1 – 61.

- MCCARTHY, Christopher. Et, al. Supplementing a home exercise programme with a class-based exercise programme is more effective than home exercise alone in the treatment of knee osteoarthritis. En: Rheumatology. Vol. 43 (7). 2004; p. 880 – 886.
- MILLER, Linda. Evaluation of a home-based physiotherapy programme for those with moderate to severe multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study. En: Clinical Rehabilitation. Vol. 25(8). 2011;p. 720 – 730.
- MARRADES, R. Hospitalización domiciliaria, ¿una nueva modalidad asistencial?. En: Servei de Pneumologia. Institut Clínic de Pneumologia i Cirurgia Toràcica. Hospital Clínic. Vol. 37. 2001; p. 157-159.
- OMS, Organización Mundial de la Salud
- PIRON, Lamberto. TUROLLA, Andrea. Satisfaction with care in post-stroke patients undergoing a telerehabilitation programme at home. En: Journal of telemedicine and telecare. Vol. 14(5) 2008; p. 157 –160.
- PORTER, Bernadette. THOMPSON, Alan. Connecting to the future – the promise of telecare. En: Multiple Sclerosis Journal. Vol. 18(4) 2012; p. 384 – 386.
- PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 2226 de 1996 [en línea]. Disponible desde internet: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1996/diciembre/05/dec2226051996.pdf
- PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1152 de 1999 [en línea]. Disponible desde internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%201152%20ODE%201999.PDF>
- RIVERA, Jaime. Et, al. Conducta del consumidor: Estrategias y políticas aplicadas al marketing.3 Ed. Madrid: ESIC Editorial. 2011. 407 p.
- REYES, Alberto. Fisioterapia: pasado, presente y ¿Futuro? En: Efisioterapia.net, [en línea]. 2009 [Citado el 30 Ene 2012]. Disponible desde: < http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=196>

- SECRETARIA DE PLANEACION DE PEREIRA. [en línea]. 2006 [Citado el 26 Ene 2012]. Disponible desde:
http://www.pereira.gov.co/portal/page?_pageid=161,217289&_dad=portal&_schema=PORTAL
- SACKLEY, Catherine. Et, al. Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomised controlled trial. En: British Medical Journal. Vol. 10 (1). 2009; p. 1 – 10.
- TOUSIGNANT, Michel. A randomized controlled trial of home telerehabilitation for post-knee arthroplasty. En: Journal of telemedicine and telecare. Vol. 17(4) 2011; p. 195 – 198.
- VEGA, Víctor. Mercadeo Básico. 1 Ed. Costa Rica: UNED. 1993, 236p.
- WCPT, Confederación Mundial de Fisioterapia
- WIKIPEDIA. La Enciclopedia Libre. [En línea]. Disponible desde internet:
<http://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Portada>
- YOUNG, Judith. Online Resources for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Home Healthcare and Hospice: Resources for Spanish-Speaking Patients. En: Home Healthcare Nurse. Vol. 30 (1). 2012; p. E1 – E7.
- CALKINS, Caroline. SVIOKLA, John. What Health Consumers Want. En: Harvard Business Review. December, 2007.
- <http://www.santospresidente.com/pdf/plan-de-gobierno-juan-manuel-santos.pdf>

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA

Objetivo:

Identificar los gustos y necesidades en servicios domiciliarios de Fisioterapia y Kinesioterapia de los usuarios del Proyecto de Promoción de Actividad Física de los usuarios de COOMEVA EPS en el Municipio de Pereira, en el primer semestre del año 2012.

NOTA: La información individual será manejada con completa confidencialidad.

La **FISIOTERAPIA Y KINESIOTERAPIA** son el conjunto de procedimientos terapéuticos que partiendo de la evaluación frente a las alteraciones en el movimiento con respecto a la fisiología, la anatomía y la biomecánica, se encaminan a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano y el buen desempeño deportivo, habilitando y rehabilitando las funciones físicas perdidas, a través de medios físicos, masoterapia, electroterapia y ejercicios terapéuticos.

Instrucción:

A continuación se formulan una serie de preguntas de opción múltiple en las cuales usted debe marcar con una X la que más se ajuste a su criterio. Por favor diligencie el formato en su totalidad.

Generalidades

Nombre Completo: _____ Edad: _____
Lugar de Domicilio: _____ Estrato: _____
Ocupación: _____

1 ¿Su asignación salarial se encuentra entre?

Menos de un salario mínimo _____
Entre uno y dos salarios mínimos _____
Entre dos y tres salarios mínimos _____
Entre tres y cinco salarios mínimos _____

Más de cinco salarios mínimos _____

2 ¿Presenta alguna condición de dolor que le moleste, dificulte o impida la realización de actividades cotidianas? Si _____ No _____

Si su respuesta fue positiva, favor continúe con la pregunta 3, de lo contrario pase a la 5.

3 ¿El dolor que padece es constante?
Si _____ No _____

4 ¿La zona que afecta el dolor se ubica en?:
Espalda _____
Cuello _____
Manos _____
Rodillas _____
Todos los anteriores _____
Otro. ¿Cuál? _____

5 ¿En alguna ocasión ha necesitado de la prestación de un servicio de fisioterapia o kinesioterapia? Si _____ No _____

Si su respuesta fue positiva, favor continúe con la pregunta 6, de lo contrario pase a la 12.

- - - - -
- - - - -
- - - - -

6 ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a la causa del servicio?

Lesión deportiva _____
Lesión laboral _____
Postquirúrgico _____
Dolor repentino _____
Otro. ¿Cuál? _____

- - - - -

7 Esta usted satisfecho con los servicios que le han prestado de fisioterapia y kinesioterapia?

Si, Por
qué?

- a) Es entretenido interactuar con varias personas mientras se hace la terapia. _____
- b) Se siente cómodo con que le den libertad para realizar los ejercicios. _____
- c) Es bueno realizar los ejercicios guiándose en los movimientos de los otros pacientes. _____
- d) Los ejercicios son más fácil de memorizar y así evitar los errores en la ejecución. _____

No, Por qué?

- a) Por que le resulta incomodo hacer terapia con muchas personas al tiempo. _____
- b) Por que no le prestan atención frente a si está haciendo bien el ejercicio o no. _____
- c) Por que no le explican bien el ejercicio que debe realizar. _____

d) Por la monotonía _____

8 Terminó todas las sesiones de fisioterapia y kinesioterapia que le mando el médico?
Si _____ No _____

Si su respuesta fue positiva, favor continúe con la pregunta 9, de lo contrario pase a la 10.

9 ¿Después de haber terminado el servicio de fisioterapia quedo satisfecho?
Si, Por qué?

- a) porque quede igual a como estaba antes de la lesión.
- b) porque quede mejor a como estaba antes de la lesión.
- c) me entregaron un plan de trabajo para continuar en casa
- d) Me realizan seguimiento vía telefónica después de haber terminado la terapia

No, Por qué?

- a) No es capaz de realizar las actividades que antes de la lesión hacia.
- b) Se siente peor a como estaba cuando consulto por el servicio de terapia.
- c) Recayó fácilmente en la lesión por la que fue tratado.
- d) Le alimentaron falsas expectativas.

10 ¿Ha presentado dificultades para dar continuidad a las sesiones de fisioterapia?
Si _____ No _____

Si su respuesta fue positiva, favor continúe con la pregunta 11, de lo contrario pase a la 12.

11 ¿Las causas de estas interrupciones obedecen a motivos de?

- a) La dificultad para desplazarse en un medio de transporte. _____
- b) Incapacidad para moverse. _____
- c) El tiempo. _____
- d) Dificultad para salir del domicilio. _____
- e) El fisioterapeuta no le prestó la atención suficiente. _____
- f) Conflictos con el personal que lo atendió. _____

12 ¿Considera que sería bueno que alguna empresa prestara servicios de fisioterapia y kinesioterapia a domicilio? Si _____ No _____

13 ¿Utilizaría los servicios de una empresa de fisioterapia y kinesioterapia que le brinde la posibilidad de atención a domicilio? Si _____ No _____

Si su respuesta fue positiva, favor continúe con la pregunta 14, de lo contrario pase a la 17.

14 ¿En qué jornada se sentiría más cómodo para recibir los servicios de fisioterapia y kinesioterapia?

Por la mañana

Por la tarde

Por la noche

Le es indiferente

- 15** ¿Cuánto considera que podría pagar por un servicio de fisioterapia y kinesioterapia a domicilio con una hora de duración?
20.000 - 25.000 pesos
26.000 - 30.000 pesos
31.000 - 35.000 pesos
36.000 - 40.000 pesos
Otro. Cual? _____
- 16** ¿Compraría paquetes de servicios de fisioterapia y kinesioterapia para prestarlos a domicilio que reúnan la cantidad de sesiones recomendadas por el médico y que además resultaran un poco más económicos? Si _____ No _____
- 17** ¿Conoce de alguna otra persona que no haya respondido esta encuesta, que necesite y le interese pagar por la prestación de servicios de fisioterapia y kinesioterapia a domicilio?
Si, Cuantas? No _____
1 _____
2 _____
3 _____
más de 3 _____
- 18** ¿Cómo le gustaría que le llegara la información de los servicios que la empresa de fisioterapia y kinesioterapia le puede ofrecer?
Prensa
Radio
Pagina
web
Volantes
Otra.
Cual? _____

**DAMOS GRACIAS POR LA SINCERIDAD Y TIEMPO QUE NOS DAN PARA
DILIGENCIAR LA ENCUESTA.**

**John Alejandro Villa Santacoloma – Carlos Enrique Durango Henao
Estudiantes de Fisioterapia y Kinesiología
Universidad Tecnológica de Pereira**

PROPUESTA

NOMBRE:

PREVEN - SERVICIO DOMICILIARIO DE FISIOTERAPIA Y KINESIOTERAPIA.

TITULARES DEL PROYECTO

JOHN ALEJANDRO VILLA SANTACOLOMA - CARLOS ENRIQUE DURANGO HENAO

DEFINICION DEL PROBLEMA

Carencia de un servicio domiciliario de fisioterapia y kinesioterapia que brinde la posibilidad de atender necesidades terapéuticas y asistenciales inmediatas de manera integral, que a su vez propenda por eliminar desde este tópico, las barreras de accesibilidad frente a los procesos de habilitación y rehabilitación.

NATURALEZA DEL PROYECTO

Formulación de una propuesta de atención domiciliaria en cuanto a servicios de fisioterapia y kinesioterapia se refiere, los cuales estarán enmarcados dentro de las políticas de rehabilitación, salud ocupacional, promoción y prevención que regulan las asistencias sanitarias a nivel nacional. Esta propuesta será desarrollada de forma independiente o por medio de una EPS que lo contrate.

FUNDAMENTACION

El sistema de salud actual de nuestro gobierno, tiene serias falencias en lo que concierne a la forma de ejecutar los procesos terapéuticos de habilitación y rehabilitación, así como el tiempo frente a la asignación de este y en general todo tipo de citas o remisiones para otros servicios incluidos en el POS; sin contar con la formulación inconsciente que hacen de este tipo de asistencia, permitiendo solo la cantidad de sesiones necesarias para la habilitación, olvidando o pasando por alto los procesos de rehabilitación. Esto genera que las citas se otorguen al termino de varias semanas o meses después, cuando los procesos celulares de reparación y regeneración toman solo de horas o días dependiendo del caso, lo cual evidentemente limitara los logros en

recuperación, frente a los objetivos que se pueden llevar a cabo con los tiempos indicados y mediante buenas técnicas terapéuticas, dejando por consiguiente, deficiencias en los pacientes que a lo mejor pudieron ser evitadas y que muy probablemente afectaran su calidad de vida. Además a esto, existe la población que requiere de cualquier servicio fisioterapéutico o kinesioterapéutico, que por condiciones propias de la patología no logran ser independientes, por tanto, deben de contar con el apoyo de un cuidador que facilite su traslado al centro asistencial permanentemente, sí el cuidador resulta ser un familiar que trabaje, implica que este pierda tiempo laboral y por ende deje de percibir ingresos, y si es un cuidador contratado requiere de un aumento de los gastos para ese hogar. Total, es un servicio que requiere de ciertas condiciones vitales, familiares, psicológicas, sociales, de transporte, urbanísticas y económicas sostenibles que permitan el desplazamiento de este individuo al centro asistencial y así buscar mejorar sus condiciones de salud, ya que si no las posee, estará destinado a padecer de las afecciones patológicas y todas las dolencias que esta traiga consigo, ya que su sistema de salud no cuenta con ellos como pacientes objeto, y por tal, no cuenta con un modelo de atención fisioterapéutica domiciliaria para este segmento poblacional. Por lo anteriormente expuesto, y por los requerimientos que presenta toda propuesta en ofrecimiento de servicios, es necesario previo a la construcción de esta, identificar mediante la etapa de planeación o diagnóstica los gustos, las necesidades y expectativas que presentan los posibles usuarios frente a los servicios de terapia física; y lograr así, construir un programa donde se oferte la prestación de un servicio domiciliario de fisioterapia y kinesioterapia capaz de incluir la mayor cantidad de población y satisfacer de manera integral las necesidades de estos.

LOCALIZACION

El programa será desarrollado en Los municipios de La Virginia, Pereira, Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal.

OBJETIVO GENERAL

Ofertar un programa sostenible de atención integral en Fisioterapia y Kinesioterapia a domicilio, que incluya la población que por cualquier razón no pueda desplazarse al centro asistencial y requiera de este servicio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Garantizar personal competente en actividad física y terapia física.

- Garantizar la satisfacción del cliente.
- Brindar un servicio seguro, confiable e incluyente.
- Garantizar el mantenimiento y buen estado de equipos.

METODOLOGIA

Generalidades

El programa de prestación de servicios de Fisioterapia y kinesioterapia domiciliario utilizara como recurso humano Fisioterapeutas y Kinesiólogos, junto con Prof. en Ciencias del Deporte y la Recreación. Esta propuesta estará dividida en siete frentes de desarrollo denominados así:

- Promoción y Prevención
- Neurología
- Ortopedia
- Cuidados paliativos
- Deportivo
- Estético
- Investigativo

En términos generales, en cada intervención que haga el profesional independientemente del área, tendrá que desarrollar lo siguiente:

- 1. Valoración integral**
- 2. Diagnostico fisioterapéutico según CIF y la APTA,**
- 3. Sistematizar la evolución diaria del paciente**
- 4. Realizar un informe evolutivo mensual estadístico del paciente**
- 5. Presentar el informe mensual al jefe de área.**

El protocolo de intervención específico de cada área, estará delimitado por el profesional jefe de esta y será susceptible de modificación siempre y cuando sea discutido y aceptado por el mismo. De acuerdo a la evolución diaria registrada y las sugerencias que haga cada profesional frente a la necesidad del apoyo nutricional y psicológico serán tenidas en cuenta tales observaciones, atendándose dentro de los próximos 5 días hábiles. Será responsabilidad del profesional que este asistiendo al paciente requerir el apoyo interdisciplinario pertinente de manera oportuna.

Duración del proceso terapéutico.

- El proceso terapéutico cumplirá con el principio de individualización, por tal razón, no se mencionara una fecha límite frente al proceso terapéutico si no de un estimado temporal cambiante definida por la evolución patológica.
- Las intervenciones semanales por paciente serán tres, cada una de una hora de duración.
- El profesional tendrá que hacerse presente en el lugar de atención 10 minutos antes de la hora programada.

Especificaciones del tratamiento Rehabilitador y Fisioterapéutico

- Pacientes discapacitados físicos con imposibilidad de traslado a un centro especializado o de salud, para tratamiento fisioterapéutico.
- Cuidadoras principales de pacientes discapacitados en el entorno familiar.

Criterios de inclusión.

La condición básica que debe reunir el potencial usuario de la atención domiciliaria, consiste en que resida entre la zona de actuación de rehabilitación y fisioterapia. Estas zonas serán definidas por la zona de atención que tenga el director del programa.

Pacientes grupo 1 con déficits susceptibles de reversión total o parcial que necesitan tratamiento fisioterapéutico y pacientes discapacitados con déficits establecidos, susceptibles de incrementar su capacidad funcional con tratamiento fisioterapéutico.

Criterio de adecuación: El proceso debe estar sujeto a las características locativas del domicilio donde se realizara la intervención.

Criterios de accesibilidad: El paciente no puede desplazarse a una sala de rehabilitación por barreras arquitectónicas insalvables.

Criterios de seguridad: El desplazamiento incrementa los factores de riesgo dada la comorbilidad.

Pacientes grupo 2. Pacientes discapacitados con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida.

Criterio de adecuación: Índice de Barthel <40.

Criterios de exclusión.

- Contraindicación del tratamiento fisioterapéutico.
- No consentimiento expreso del paciente en aceptar el tratamiento propuesto.
- No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando esta colaboración sea imprescindible para conseguir los objetivos del tratamiento.
- La propuesta de atención no cumple los criterios de inclusión (proceso no incluido en el listado, ausencia de posibilidad de mejoría, ausencia de barreras o de comorbilidad) o no reúne los requisitos exigidos (ausencia de la información mínima necesaria).
- Pacientes discapacitados físicos que pueden ser trasladados a las salas de terapia.

Finalización del Servicio.

- Consecución de los objetivos.
- Estabilización del proceso y ausencia de expectativas de mejoría.
- Proceso intercurrente que contraindique la fisioterapia o ingreso en el hospital.
- Aparición de efectos adversos que superan los efectos beneficiosos.
- Cambio en la situación del paciente que permite que pueda ser trasladado a sala de fisioterapia.
- El cuidador ha sido instruido sobre el manejo del paciente discapacitado.
- Superación del número de sesiones estipuladas.

Remisión de propuestas de tratamiento:

Requisitos.

Para tratamiento fisioterapéutico (Grupo 1).

Remite: Medico Especialista

Requisitos:

- Indicación de tratamiento fisioterapéutico por protocolo o a través del médico rehabilitador.

Cumplimiento del documento de remisión, que incluye:

- Datos personales del paciente con domicilio y teléfono de destino al alta.
- Datos clínicos: Diagnóstico principal.-Diagnósticos secundarios.- Procedimientos quirúrgicos.
- Propuesta argumentada de necesidad de fisioterapia domiciliaria. La propuesta incluirá una valoración con índice de Barthel y la justificación de la imposibilidad de tratamiento ambulatorio.

Para apoyo a la atención a domicilio (Grupo 2).

Remite: Medico Especialista

Requisitos:

- Valoración de profesional salubrista (escalas de valoración: cuestionario para deterioro cognitivo; índice de Barthel para actividades de la vida diaria) diagnóstico, o en su caso, problemas de enfermería.
- Propuesta argumentada por el profesional a cargo de la necesidad de intervención del fisioterapeuta.

Características de la atención.

Características generales.

Previas a domicilio: Concertación de cita con el cuidador principal por vía telefónica. En domicilio:

- Presentación del profesional al paciente y al cuidador principal.
- Trato personalizado, amable y respetuoso con la persona incluyendo su derecho a la intimidad.
- Información comprensible sobre la discapacidad y sobre sus posibilidades de recuperación.
- Sensibilidad ante la posibilidad de técnicas que provoquen dolor.
- Respeto a la privacidad e intimidad.
- Respeto a los valores culturales.

Características técnicas:

- Valoración del paciente y su entorno.
- Establecer y aplicar el plan terapéutico del paciente.
- Elaboración de un plan de actividades para el cuidador principal.
- Registro de actividad.
- Elaboración de informe de finalización y sobre recomendaciones de cuidados.

Características específicas.

- Para tratamiento domiciliario
- La atención no debe exceder de tres semanas o 15 sesiones.

- De forma excepcional, la continuación de las sesiones será valorada por los profesionales que atienden al paciente en domicilio.
- Para apoyo a la atención a domicilio de la UAF. Visita compartida de fisioterapeutas con enfermera y preferiblemente con presencia de cuidador principal.
- La atención no debe exceder las tres sesiones semanales

Procedimiento de Remisión de pacientes

Detectada una posible atención fisioterapéutica en domicilio, el médico especialista efectuará la propuesta donde comunicarán al fisioterapeuta, a través de los circuitos internos que determine el centro. El fisioterapeuta informará al paciente y cuidadores de cuando se producirá la atención, en un plazo inferior a 48 horas. Finalizado el periodo de tratamiento o de apoyo previsto, el fisioterapeuta elaborará un informe que remitirá al médico especialista.

Sistema de información.

Información clínica.

- Documentos:
- Hoja de informe para Remisión desde Atención Primaria.
- Hoja de Remisión desde Asistencia Especializada.
- Hoja de informe de alta. Hojas de valoración y seguimiento.
- Identificación del paciente.
- Antecedentes patológicos relacionados con la discapacidad.
- Valoración de la discapacidad y el entorno.

Proceso incapacitante, principal y secundario

- Establecimiento de objetivos funcionales.

- Plan de actuación-tratamiento (farmacológico, hábito saludable de vida, fisioterapéutico, ortésicos, ocupacional, comunicación).
- Codificación de procedimientos.
- Evaluación al finalizar el tratamiento.
- Registro, evolución y seguimiento.
- Evaluación final.
- Recomendaciones al alta.

Actividad asistencial.

Los datos sobre actividad se irán recogiendo con periodicidad mensual y por cada área de rehabilitación, estando disponibles para su remisión en el momento que se determine en los Servicios Centrales del SAS, al ser la fuente que alimentará el sistema de información, actualmente en fase de diseño. Asimismo, la actividad será registrada como es habitual hasta la fecha.

Datos a recoger.

Comunes:

- Nombre del centro de salud:
- Mes y año:
- Días trabajados: días hábiles del periodo (mes) de evaluación
- Numero de fisioterapeutas:
- Días al mes con consulta del médico rehabilitador:

Consultas de rehabilitación:

Consultas médicas de rehabilitación: primeras y totales

Tratamiento

- Total pacientes nuevos que inician tratamiento individualizado: Numero de pacientes que comienzan tratamiento individualizado en el mes a evaluar.

- Número de pacientes diferentes que se encuentran en tratamiento individualizado: se incluye la suma de los pacientes que inician el tratamiento más los pacientes que ya lo reciben en el mes a evaluar.
- Total asistencias a tratamiento que generan los pacientes que se encuentran en tratamiento individualizado.
- Se contabilizara el total de asistencias a tratamiento en el periodo a evaluar.
- Pacientes nuevos que se encuentran pendientes de comenzar tratamiento el último día del mes.
- Se contabilizaran los pacientes que están pendientes de iniciar el tratamiento individualizado el día último del mes a evaluar. Diferenciando entre preferentes, no demorables y comunes.
- Pacientes con tratamiento individualizado que reciben el alta: Numero de pacientes que reciben el alta en el mes correspondiente.
- Total de pacientes que reciben tratamientos en grupos: se contabilizara en número de pacientes que han asistido a tratamientos en grupo.
- Numero de grupos diferentes en funcionamiento en el mes correspondiente. Tratamiento en domicilio. En este apartado se incluirá toda la actividad domiciliaria.
- Pacientes nuevos incluidos en atención domiciliaria: Numero de pacientes en atención domiciliaria de rehabilitación en el mes a evaluar.
- Número de visitas realizadas: Total de visitas que generan los pacientes incluidos en atención domiciliaria, desagregando por profesionales (Fisioterapeutas y Kinesiólogos Profesionales en Ciencias del deporte y la Recreación, Médico especialista).
- Numero de cuidadores que reciben formación en el manejo del paciente inmovilizado para prevenir problemas de salud derivados.
- Pacientes nuevos que se encuentran pendientes de comenzar tratamiento en domicilio.
- El último día del mes: se contabilizara los pacientes que están pendientes de iniciar el tratamiento en domicilio el día último del mes a evaluar.

Indicadores.

- Actividad (periodicidad mensual)
- Actividad diaria por profesional: Total consultas médicas de rehabilitación / número de días con consulta de rehabilitación /número de días laborables (x nº fisioterapeutas)
- Total pacientes en tratamiento domiciliario / número de días laborables (x nº fisioterapeutas).
- Total pacientes nuevos en tratamiento individualizado / número de días laborables(x nº fisioterapeutas)
- Total pacientes nuevos en tratamiento domiciliario / número de días laborables(x nº fisioterapeutas).
- Total asistencias a tratamiento individualizado /número de días laborables(x nº fisioterapeutas)
- Total visitas en domicilio / número de días laborables(x nº fisioterapeutas).
- Promedio de días de tratamiento por cada paciente
- Total asistencias a tratamiento individualizado /Total pacientes.
- Tiempo medio de atención de fisioterapia por asistencia a tratamiento individualizado (Numero de días laborables x 6 horas(x nº fisioterapeutas)/ Total asistencias a tratamiento individualizado

Cobertura

- Porcentaje de personas atendidas en relación a la demanda estimada
- Control de calidad (periodicidad trimestral)
- Razón de inclusión (pendientes / nuevos) en tratamiento individualizado

PRESUPUESTO

Descripción de los gastos frente a la prestación del servicio.

TÍTULO	DEDICACIÓN			VALOR EN MILES DE \$	
	No. Horas / semana	No. de semanas	Total de horas	Valor de la hora	Valor total
Fisioterapeuta y kinesiólogo	30	4	120	15.000	\$ 1'800.000
Prof. En ciencias del Deporte y la Recreación	30	4	120	15.000	\$ 1'800.000
Nutricionista	5	2	10	\$ 20.000	\$ 200.000
Psicólogo	5	4	20	\$ 20.000	\$ 400.000
TOTAL MENSUAL					\$ 4'200.000

DURACION PROCESO DE REHABILITACION: Estar sujeto a los principios de individualización del paciente.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

SERVICIO (Tratamiento)	COSTO (Hora)
VALORACION FISICA Y ANAMNESIS	\$ 20.000
TRATAMIENTO DE DOLOR CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR	\$ 25.000

TRATAMIENTO PARA EL DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR (HOMBRO, CODO , ANTEBRAZO, BRAZO Y MANO)	\$ 25.000
TRATAMIENTO PARA EL DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR (PELVIS, CADERA,INGLE, MUSLO, RODILLA, PIERNA, PIE)	\$ 25.000

SERVICIO (Rehabilitación)	COSTO (Hora)
REHABILITACIÓN POS QUIRÚRGICA	\$ 25.000
REHABILITACIÓN DE LESIONES EN MIEMBRO SUPERIOR COMO EN MIEMBRO INFERIOR	\$ 25.000
REHABILITACIÓN DE PACIENTES AMPUTADOS	\$ 25.000
REHABILITACIÓN DE TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	\$ 25.000
REHABILITACIÓN EN PACIENTE GERIÁTRICOS	\$ 25.000

SERVICIO (Belleza y Salud)	COSTO (Hora)
ACONDICIONAMIENTO FISICO	\$ 16.000
ENTRENAMIENTO FÍSICO PRE Y POS PARTO	\$ 25.000
MASOTERAPIA POSQUIRÚRGICA (DRENAJE LINFATICO)	\$ 25.000
DEPRESOTERAPIA	\$ 25.000
CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL A GRUPOS EMPRESARIALES	\$ 30.000