



Documento marco

---

# La rehabilitación física y funcional

---

Dirección de Recursos Técnicos  
Junio 2013

## **Autores**

Patrice Renard  
Isabelle Urseau

## **Revisiones y comentarios**

Rozenn Botokro  
Ludovic Bourbé  
Thomas Calvot  
Antony Duttine  
Bernard Frank  
Pierre Gallien  
Corinne Gillet  
Nathalie Herlemont-Zoritchak  
Patrick Lefocalvez  
Graziella Lippolis  
Muriel Mac-Seing  
Chiara Retis  
Claudio Rini  
Cécile Rolland  
Aleema Shivji  
Claude Simonnot  
Vincent Slypen  
Edith Van Wijngaarden

## **Apoyo técnico editorial**

Stéphanie Deygas  
Polo Gestión de Conocimientos

## **Creación gráfica**

IC&K, Frédérick Dubouchet  
Maude Cucinotta

## **Maquetación**

NJmc, Frédéric Escoffier

La utilización o la reproducción de este documento está autorizadas únicamente para fines no comerciales y con la condición de que la fuente sea citada.



## Sumario

Prefacio .....	4
Introducción.....	6
<b>1 Principios y referencias .....</b>	<b>11</b>
1.1 Principios de intervención.....	12
1.2 Objetivo .....	16
1.3 El enfoque y los modelos .....	19
1.4 Del individuo al sistema .....	23
1.5 Contexto.....	30
1.6 Resumen.....	35
<b>2 Modalidades de intervención .....</b>	<b>38</b>
2.1 Reducción de obstáculos.....	39
2.2 Los niveles de intervención .....	40
2.3 Los profesionales de rehabilitación física y funcional.....	61
2.4 Las temáticas de la rehabilitación física y funcional .....	76
2.5 Perspectivas 2011-2015 .....	80
<b>3 Anexos .....</b>	<b>83</b>
Lista de acrónimos .....	84
Bibliografía.....	85

«Handicap International nació en los años 1980 de la rebelión de un grupo de profesionales -médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, expertos logísticos- ante la ausencia de una oferta de atención médica específica para miles de camboyanos, amputados por las minas antipersonal que infestaban la frontera con Tailandia y las inmediaciones de los campos donde trataban de refugiarse desesperadamente.

En efecto, según la sabiduría de la época, la rehabilitación física y funcional no se consideraba “salvar vidas”. De forma que mientras miles de familias pobres debían enfrentarse a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de una mutilación tan injusta como espantosa, ninguno de los actores médicos presentes en los campos de refugiados consideraba este tipo de ayuda dentro de sus prioridades...

Para los fundadores de la asociación, tal negación de los derechos era incomprensible y realmente inaceptable. Más aún, cuando a su alrededor, se realizaban espontáneamente soluciones artesanales de equipamiento ortopédico, gracias al ingenio de las “estrategias de supervivencia”.

Handicap International se ha alimentado de esta determinación y hoy, tanto en las repercusiones inmediatas de un desastre como en las situaciones de gran pobreza, el acceso a servicios de rehabilitación física y funcional, es reconocido por parte de los donantes como fundamental para la participación de las personas con discapacidad en la reconstrucción de su vida.

Por supuesto que esta victoria en principio conceptual tiene un costo; pero no es nada con respecto a la calidad de vida brindada a miles de individuos y a su familia a través del mundo.»

**Jean-Baptiste Richardier**

Co-fundador y Director General de Handicap International  
2013

## Prefacio

Desde hace treinta años, la lucha inicial de los fundadores de la organización no ha terminado. En efecto, la injusticia contra mujeres y hombres excluidos de un sistema de ayuda prosigue, sistema que les niega la continuidad de atenciones quirúrgicas y médicas necesarias para tener acceso a un equipamiento ortopédico que les permita tener una función social, y por consiguiente una profesión, o el acceso a la educación... tomar el camino de la autonomía, hacia la independencia y lograr la dignidad. Los servicios de rehabilitación siempre son los hermanos pobres de los sistemas de salud, a menudo huérfanos, atrapados entre los Ministerios de Salud y Social, e incluso olvidados. Estos Ministerios se benefician de financiamientos internacionales siempre insuficientes con respecto a los retos a asumir y a un incremento constante del número de personas que necesitan apoyo técnico y acompañamiento (enfermos crónicos, personas de edad avanzada, víctimas de accidentes de tráfico violencia armada...). Los Estados, así como la comunidad internacional deben comprender y superar este desafío de una atención continua indispensable, durante toda una vida.

El camino recorrido ha estado marcado también por el éxito, con las firmas de las Convenciones de Ottawa y Oslo, creando un deber de prestar asistencia sin discriminación a las víctimas, al firmarse la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la formación de organizaciones de la sociedad civil siempre más fuertes, la emergencia de estructuras profesionales... Este reconocimiento se hace patente por ejemplo con la celebración en Nueva York de una Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas específicamente dedicada a la discapacidad.

Durante estos años, nuestro saber y nuestras prácticas mejoraron considerablemente, a través de las colaboraciones con las organizaciones del Sur y las demás organizaciones internacionales, e igualmente, gracias a acercamientos con instancias profesionales internacionales y regionales, sinergias fuertes con empresas, una confianza instaurada y renovada de los principales donantes... Handicap International cada vez responde mejor y más rápido a las necesidades, tanto en situaciones de crisis agudas y crónicas como en aquellas de extrema pobreza.

Este documento marco presenta para nuestros equipos y socios, las bases de comprensión de lo que la rehabilitación física y funcional significa hoy para nosotros. Si medimos el camino recorrido, somos también conscientes de las evoluciones que todavía tendremos que vivir. Así, este documento en cuestión presenta nuestras principales líneas de acción para los próximos años: enfoque centrado en el usuario, calidad y sostenibilidad de los servicios en los países en vías de desarrollo, perfeccionamiento de las filiales de formación especializada, relación con los grupos de usuarios...

Tenemos un equipo reducido, sumamente motivado, ambicioso, y que, con recursos limitados (¡siempre lo son demasiado!), realiza hazañas de manera cotidiana para mejorar nuestras prácticas, capitalizar, formar, innovar, estructurar, y mejorar el lugar de la rehabilitación física y funcional en el mundo. Este documento emana de ahí y reconcilia la necesidad imprescindible de la contribución de la rehabilitación física y funcional en el rol social de la persona con discapacidad. El beneficiario se convierte en un nuevo actor de su salud, lo que le permite participar en la construcción de las sociedades presentes y futuras.

Gracias a todos los contribuyentes, y ¡qué la lectura sea provechosa!

**Ludovic Bourbé, Responsable de la Dirección de Recursos Técnicos**

# Introducción

## ¿Por qué un documento marco para el sector?

Un documento marco presenta el mandato, los valores y la estrategia de la Federación en términos operativos, aplicados a un sector de actividades. Elaborar un documento como éste para el sector «Servicios de Rehabilitación» es un ejercicio complejo porque necesita circunscribir la metodología de rehabilitación en su campo de intervención.

En efecto, la rehabilitación es un proceso global dentro del campo de la salud y está incluida en la mayoría de los proyectos desarrollados por parte de Handicap International, cualquiera que sea el sector al que pertenece el proyecto.

Por otro lado, existen numerosos documentos de referencia institucionales a nivel internacional que tratan la rehabilitación en el sentido amplio de la palabra. Handicap International, especialmente el sector «Servicios de Rehabilitación», contribuyó en la elaboración de alguno de ellos (Organización Mundial de la Salud - OMS: Informe Mundial sobre Discapacidad<sup>1</sup>; Rehabilitación con Base en la Comunidad, Guía de RBC<sup>2</sup>...) e igualmente participó en la elaboración de la nueva guía de la OMS, Guía de Rehabilitación de Salud, prevista para finales del 2014.

Este trabajo en colaboración con la OMS ha permitido por una parte asentar la legitimidad de Handicap International y del sector y, por otra, consolidar nuestra propia concepción del campo de intervención del sector centrada principalmente en la **rehabilitación física y funcional**.

Los retos de un documento como éste se relacionan también con el compromiso histórico y fundador de la asociación, compromiso renovado desde la elaboración de su primera estrategia federal<sup>3</sup> y basada en numerosos documentos de referencia internacionales escritos y codificados.

La mayoría de los proyectos ejecutados desde hace más de 30 años por parte de Handicap International, en el marco de los programas, incluyen actividades de rehabilitación física y funcional cuya diversidad complejiza un poco más el ejercicio de definir el ámbito del sector:

- actividades que buscan la creación o el desarrollo de servicios ordinarios, específicos o de apoyo<sup>4</sup>, públicos o privados, que puedan brindar una gran variedad de prestaciones de rehabilitación física y funcional para personas que presentan deficiencias e incapacidades temporales o permanentes, congénitas o adquiridas (accidentes, enfermedades transmisibles o no, crónicas o no...),

---

<sup>1</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, 2011

<sup>2</sup> OMS, Rehabilitación con Base en la Comunidad, Guía de RBC, 2011

<sup>3</sup> Handicap International, La estrategia 2011-2015, 2011

<sup>4</sup> Handicap International, El acceso a los servicios destinados a las personas con discapacidad, 2010

- prestaciones que necesitan una diversidad de profesionales formados y competentes,
- actividades presentadas en diferentes niveles, de lo local a lo nacional y a lo regional así como en diferentes contextos de intervención (Emergencia - Reconstrucción - Desarrollo).

El presente documento presenta los retos, grandes principios y recomendaciones propias de la rehabilitación física y funcional para Handicap International. Plantea sobre todo el marco global dentro del cual figuran los elementos teóricos constitutivos del sector «Servicios de Rehabilitación»: el objetivo primero es garantizar la coherencia entre el mandato de la asociación y la ejecución en los programas de proyectos que se relacionan con el campo de intervención del sector.

El segundo objetivo es formalizar la identificación y selección de guías de referencia externa, para adaptarlas al uso interno.

### ¿Cuáles son los principales destinatarios de este documento?

Este documento marco del sector «Servicios de Rehabilitación» está dirigido ante todo a un público interno y con responsabilidad estratégica, es decir a Responsables y Directores de Programas, Referentes y Coordinadores Técnicos.

Sin embargo, su presentación resumida podrá ser presentada y compartida con nuestros socios operativos, y con otras organizaciones internacionales y no gubernamentales (ONG).

Se espera que los lectores de este documento conozcan otros dos documentos esenciales:

- La guía metodológica «Acceso a los servicios», Handicap International, 2010,
- El Informe Mundial sobre Discapacidad, especialmente su versión corta, principalmente el capítulo 4: La Rehabilitación, Organización Mundial de la Salud, 2011.

### ¿Por qué Handicap International se posiciona sobre la rehabilitación física y funcional?

**Las necesidades y la demanda de rehabilitación física y funcional son enormes.**

Numerosas cifras y observaciones, aunque todavía insuficientes lo demuestran, especialmente:

- La OMS<sup>5</sup> estima que «más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, o sea aproximadamente el 15% de la población mundial».
- La necesidad de prótesis y órtesis así como de servicios de rehabilitación conexos en los países en vías de desarrollo, es estimada en el 0.5% de la

---

<sup>5</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, 2011



población<sup>6</sup>. La OMS estima que el 10% de personas con discapacidad en el mundo necesita una silla de ruedas<sup>7</sup>, es decir el 1.5% de la población mundial.

- Se admite ampliamente que las necesidades de estos 105 millones de personas no se satisfacen adecuadamente. La Guía de RBC de la Organización Mundial de la Salud subraya que «en numerosos Estados con bajos y medios ingresos, solamente del 5 al 15% de las personas tiene acceso a tecnologías de asistencia. En estos países, la producción es baja y a menudo de mala calidad; existe poco personal calificado y los costes pueden ser exagerados»<sup>8</sup>.
- En África hay una media de dos millones de personas por unidad de producción de equipamiento ortopédico<sup>9</sup>.
- Los desafíos de una población envejecida, la incidencia y prevalencia crecientes de las enfermedades invalidantes, no transmisibles y crónicas así como los efectos invalidantes de la violencia y de los traumatismos son inmensos. Si bien la necesidad de atención de salud de calidad es generalmente tenida en cuenta existen grandes restricciones respecto a la disponibilidad de servicios de atención post-aguda.

El reto del sector es apropiarse de estas necesidades y demandas de rehabilitación física y funcional y responder a ellas de manera específica y con un enfoque global: «La rehabilitación puede contribuir a reducir la pobreza mejorando la movilidad, las posibilidades de actividad y la participación. Está demostrado que las dificultades de movilidad relacionadas con la edad y con la salud pueden ser reducidas, y la calidad de vida mejorada, gracias a la rehabilitación.

La falta de acceso a servicios de rehabilitación puede incrementar los efectos y consecuencias de la enfermedad o de lesiones; demora la salida del hospital; limita las actividades; restringe la participación; provoca un deterioro de la salud; disminuye la calidad de vida y aumenta el uso de los servicios de salud y de rehabilitación»<sup>10</sup>.

### **La rehabilitación relacionada con la salud es la competencia fundamental histórica de Handicap International.**

En 1980, dos médicos franceses crearon en Tailandia la asociación, cuya primera misión fue brindar asistencia a los refugiados camboyanos que vivían en los campos a lo largo de la frontera entre ambos países. Los primeros servicios de equipamiento ortopédico fueron producidos en esta época. Los materiales utilizados, sencillos y disponibles en el terreno, fueron la clave que permitió a la asociación prestar una ayuda al mismo tiempo inmediata, concreta y eficaz, y formar equipos locales competentes: al principio técnicos ortoprotesistas, posteriormente técnicos en rehabilitación y fisioterapeutas.

---

<sup>6</sup> OMS/ISPO, Guía para la formación del personal de los servicios de Prótesis y de Ortesis en los países en vías de desarrollo, 2009, pág. 6

<sup>7</sup> OMS/ISPO/USAID, Guía para los servicios de sillas de ruedas en las regiones con bajos ingresos, 2008, pág. 21

<sup>8</sup> OMS, Rehabilitación con Base en la Comunidad, Guía de RBC, Módulo Salud, 2011, pág. 57

<sup>9</sup> OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2003: construir el futuro

<sup>10</sup> WHO, Rehabilitation Guidelines, Concept Note, 2012

Esta metodología centrada en la rehabilitación física y funcional fue ampliada posteriormente para considerar la rehabilitación en el sentido amplio de la palabra, tomando en cuenta la dimensión social de la persona para una atención más global, y desembocando finalmente en la formalización de los otros dominios técnicos de intervención de Handicap International, tanto a nivel de la sede como de los programas.

### **La rehabilitación sigue presente entre las prioridades de Handicap International en el marco de su estrategia federal 2011-2015<sup>11</sup>**

- «El acceso de las personas con discapacidad a los servicios de rehabilitación en las situaciones de reconstrucción y desarrollo».
- El «apoyo a la emergencia de filiales profesionales de rehabilitación y a la formación local de profesionales».
- La incidencia política «ante instituciones y donantes, para que asuman su responsabilidad de proveer los recursos indispensables [para la rehabilitación]».

### **Estructuración del documento**

Este documento está formado por dos grandes partes.

- La primera presenta los elementos teóricos constitutivos del sector «Servicios de Rehabilitación»: principios, modelos, enfoques o contextos necesarios para la elaboración de una estrategia de proyecto de rehabilitación física y funcional.
- La segunda propone un marco más operativo dentro del cual se presentan los diferentes elementos teóricos. El objetivo es guiar la selección y ayudar a la toma de decisión relacionada con las acciones a emprender en el sector de rehabilitación física y funcional.

Para concluir, dicho documento presenta las diferentes temáticas que dependen del sector teniendo o pudiendo ser objeto de un documento de referencia.

A través de las recomendaciones que plantea, este documento compromete al sector «Servicios de Rehabilitación», y por consiguiente a Handicap International, cada vez que se trate de desarrollar un proyecto de rehabilitación física y funcional. Por lo tanto, es fundamental circunscribir el campo de intervención del sector y las estrategias de proyecto derivadas, que deberán conjugarse según los grandes principios de intervención definidos por parte de la asociación.

---

<sup>11</sup> Handicap International, La estrategia 2011-2015, 2011



Nepal, 2012

# 1 Principios y referencias

---

## 1.1 Principios de intervención

## 1.2 Objetivo

## 1.3 El enfoque y los modelos

1.3.1 Los modelos de análisis

1.3.2 El proceso de rehabilitación

## 1.4 Del individuo al sistema

1.4.1 El ciclo de la identificación al seguimiento

1.4.2 El enfoque sectorial

1.4.3 El enfoque intersectorial

## 1.5 Contexto

1.5.1 De la emergencia al desarrollo

1.5.2 El análisis situacional

## 1.6 Resumen

El objetivo de este capítulo es presentar los elementos teóricos constitutivos del sector «Servicios de Rehabilitación».

Si las orientaciones definidas por la Federación Handicap International presentan el marco dentro del cual el sector realiza sus actividades, los diferentes principios, modelos o enfoques desarrollados a continuación constituyen las claves que permiten elaborar una estrategia de proyecto de rehabilitación física y funcional de conformidad con su campo de intervención.

## 1.1 Principios de intervención

El diseño de cualquier proyecto acompañado por parte de Handicap International debe respetar los valores de la asociación e inscribirse en el marco de sus prioridades estratégicas.

En la medida en que estos principios están presentes en todo el documento, nos pareció coherente presentarlos inicialmente.

Los principios expuestos a continuación son extraídos de los documentos fundadores de Handicap International<sup>12</sup> y fueron validados por parte del Consejo de Administración en febrero del 2010.

Como preámbulo, a la hora de considerar el diseño de un proyecto de rehabilitación física y este deberá inscribirse en el marco del campo de intervención del sector «Servicios de Rehabilitación» (Ver 1.6 Resumen).

Los proyectos que acompaña el sector «Servicios de Rehabilitación» deben seguir varios principios.

### Principios relativos a los beneficiarios y a los niveles de intervención

- Buscar un impacto positivo lo más amplio posible y medible en las condiciones de vida de los beneficiarios finales (Ver 2.2.2 Prestación de servicios / Recomendaciones & 2.3.2 Las profesiones apoyadas por parte del sector).
- Dirigirse prioritariamente a los individuos más vulnerables y a los más expuestos a los riesgos, así como a las víctimas de discriminación y exclusión, especialmente concerniente a los temas de género<sup>13</sup>, infancia y personas de edad avanzada.
- Favorecer la participación de los beneficiarios, de sus familias y comunidades, así como las dinámicas de solidaridad comunitaria (Ver 1.3.2 El proceso de rehabilitación).
- Centrarse primeramente en el nivel local y el de los servicios (Ver 2.2 Los niveles de intervención).

### Principios relativos a los modos de intervención

- Buscar la implementación de soluciones contextualizadas y realistas (Ver 1.4.1 El ciclo de la identificación al seguimiento & 2.3.4 Carencias de recursos humanos).
- Tener en cuenta los retos del contiguum Emergencia-Reconstrucción-Desarrollo, adaptándose a las dificultades de cada situación, según el principio de diferenciación operacional (Ver 1.5 Contexto).

---

<sup>12</sup> Handicap International, Principios de intervención, en Mision, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 10

<sup>13</sup> Handicap International, Estudio género y discapacidad: análisis transversal de la correlación entre el género y la discapacidad en los sectores de intervención de Handicap International, 2007

### Principios relativos a la coordinación, a la colaboración y a la sostenibilidad

- Tratar de coordinar las actividades con los actores implicados en el plano local, nacional e internacional (Ver 1.4 Del individuo al sistema & 2.2 Los niveles de intervención).
- Tratar de formalizar convenios de colaboración, garantía de sostenibilidad de los procesos emprendidos (Ver 1.4 Del individuo al sistema & 2.2 Los niveles de intervención).
- Prever una estrategia de salida desde la fase de diseño del proyecto (Ver 1.5.2 El análisis situacional).

### Principios relativos a la calidad y al impacto

- Buscar la calidad a través de la elaboración de un diagnóstico de las demandas y necesidades y de su priorización según el entorno y los actores presentes, mediante la movilización de los recursos adecuados, la selección de los enfoques operacionales, el manejo de los conocimientos y la cercanía con los beneficiarios (Ver 1.5.2 Análisis situacional).
- Ser evaluados para que los resultados sean objetivos y, además, medir el impacto en los beneficiarios finales (Ver 2.2.5 Red e incidencia política).

### Principios relativos a los marcos conceptuales: enfoques, referencias y herramientas metodológicas

- Promover una comprensión global de la discapacidad a través de la utilización del modelo del Proceso de Producción de la Discapacidad.
- Dar a conocer a interlocutores y socios los enfoques, documentos de referencia y normas utilizados.

### Principios relativos al uso del derecho

- Remitirse a los instrumentos de convenciones de alcance universal relativos a los Derechos Humanos y a los elementos del derecho internacional humanitario para apoyar sus acciones, tomando en cuenta derechos y costumbres del país de intervención.
- Cumplir y promover la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), especialmente los artículos 11 y 32<sup>14</sup>.

### Principios relativos al testimonio y a la incidencia política

- Servir para enriquecer la experiencia de terreno de la asociación, que es utilizada para dar legitimidad a las acciones de incidencia política (Ver 2.2.5 Red e incidencia política).

---

<sup>14</sup> <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

### Principios relativos a la imparcialidad

- Comprometerse a que la asociación trabaje del lado de la población beneficiaria en toda circunstancia, sin implicarse en las luchas de fuerza políticas.
- Proporcionar ayuda sin discriminación y sin otra consideración que las necesidades de las personas afectadas, cualesquiera que sean su origen y pertenencia.

### Principios relativos a la responsabilidad y transparencia

- Respetar los principios de «no perjudicar» (medir las consecuencias de los actos planteados y no perjudicar) así como «no descuidar nada» (buscar y movilizar los medios adecuados disponibles).
- Transmitir las informaciones a las diferentes partes implicadas en las acciones desarrolladas: los beneficiarios, las autoridades de los países de intervención, la opinión pública, los donantes y simpatizantes así como los apoyos profesionales e institucionales (Ver 2.2.5 Red e incidencia política).

**La combinación de estos grandes principios permitió elaborar algunos enfoques transversales a cruzar para definir la «identificación» del proyecto acompañado por parte del sector «Servicios de Rehabilitación».**

### Un enfoque inclusivo de la discapacidad

**Objetivo:** Favorecer que la discapacidad sea tomada en cuenta de forma que las personas con discapacidad tengan las mismas oportunidades y los mismos derechos que el resto de las personas **de la sociedad** (CDPD).

### Un enfoque participativo centrado en el usuario de los servicios<sup>15</sup>: aplicación del enfoque inclusivo

**Objetivo:** Colocar a los usuarios de los servicios en el centro de la toma de decisión que les concierne, desarrollando y facilitando los nexos entre ellos y los prestatarios de servicios, así como con cualquier otro actor interesado por el entorno de la persona.

Este enfoque debe conjugarse a nivel del individuo como usuario y/o del prestatario de servicio (micro), a nivel de sus interacciones, en este caso de la prestación de servicio (medio) y en un contexto más o menos amplio que influya la naturaleza de estas interacciones (macro).

### Un enfoque no discriminatorio

**Objetivo:** Tomar en cuenta a las personas más vulnerables a fin de restablecer la igualdad de oportunidades por medio del acceso a las prestaciones de rehabilitación física y funcional, sin discriminación y sin otra consideración que sus necesidades, cualesquiera que sean su origen y su pertenencia social, cultural, religiosa o étnica.

---

<sup>15</sup> Handicap International, Person Centred Approaches - PCA, draft

Esto concierne a las minorías, las categorías sociales más pobres, los niños, las personas de edad avanzada y aquellas que viven con el VIH. Se da una atención particular al género a través del acceso a los servicios, a la formación y al empleo para las mujeres<sup>16</sup>.

Igualmente esto concierne a las poblaciones aisladas, ya se encuentren en zonas urbanas o rurales, a través de la promoción de un **enfoque con base comunitaria**<sup>17</sup> buscando el acceso a actividades de rehabilitación de cercanía, y facilitando la orientación hacia servicios de rehabilitación más especializados.

---

<sup>16</sup> Objetivo n° 3 del Milenio para el Desarrollo: «promover la igualdad de los sexos y la autonomización de las mujeres».

<sup>17</sup> OMS, Rehabilitación con Base en la Comunidad, Guía de RBC, 2011.



## 1.2 Objeto

La **rehabilitación** es «un conjunto de medidas que ayudan a las personas que presentan o que podrían presentar una discapacidad [a consecuencia de una deficiencia, cualquiera que sea el momento en que ésta aparece (congénitas, tempranas o tardías)] a alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo en interacción con su entorno»<sup>18</sup>.

Esta definición corresponde a un proceso global que contribuye a la promoción de la salud<sup>19</sup> y que determina la mayoría de los proyectos de Handicap International. Es necesario delimitar su definición para asegurar que corresponde de manera clara a las acciones desarrolladas en el marco de los proyectos acompañados por el sector «Servicios de Rehabilitación».

- En la definición de la OMS se subraya que el individuo en su entorno es el centro del proceso de rehabilitación. Por individuo entendemos la persona «que presenta o que podría presentar una discapacidad» e igualmente las personas de su entorno próximo, que puede ser acompañados para convertirse en actores del proceso de rehabilitación y beneficiarios de los resultados obtenidos.



Dentro de su campo de intervención, el sector «Servicios de Rehabilitación» promueve acciones donde el individuo y su entorno próximo son el objetivo del proceso de rehabilitación, frente otras acciones de alcance universal (ejemplo: accesibilidad universal).

- En el informe de la OMS<sup>20</sup>, las medidas de rehabilitación son divididas en medicina de rehabilitación y terapia.  
«**La medicina de rehabilitación** pretende mejorar el **nivel funcional** de un individuo a través del **diagnóstico y tratamiento** [médico] de sus problemas de salud, disminuir sus deficiencias y prevenir o tratar las complicaciones. (...) La medicina de rehabilitación puede también hacer intervenir (...) una amplia gama de terapeutas (Fisioterapeutas<sup>21</sup>, terapeutas ocupacionales, ortofonistas o logopedas<sup>22</sup>...)».  
La terapia que llamaremos **rehabilitación física y funcional** «pretende **restablecer [el funcionamiento óptimo] o compensar la pérdida funcional**, así como **prevenir o enlentecer el deterioro funcional** en todos los aspectos de la vida de una persona.

<sup>18</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 108

<sup>19</sup> La **salud** es definida de manera amplia como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y [que] no consiste solamente en una ausencia de enfermedad o de dolencia», OMS, Preámbulo para la Constitución, 1946

<sup>20</sup> OMS, Informe mundial sobre Discapacidad, capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 111

<sup>21</sup> Fisioterapeutas, Terapeutas Físicos o Kinesiólogos

<sup>22</sup> Llamados de otra manera Ortofonistas o Logopedas

(...) Las medidas de rehabilitación física y funcional engloban:

- movimientos, ejercicios y estrategias de compensación,
- medidas educativas,
- apoyo y consejos [al individuo y a su entorno próximo],
- adaptaciones del entorno,
- provisión de recursos y ayudas técnicas» (equipamiento ortopédico, ayudas para la movilidad, ayudas para la vida cotidiana y comunicación).

Para llevarlo a cabo, las técnicas y métodos de rehabilitación física y funcional son variadas, se llevan a cabo en sesiones individuales o colectivas, bien en espacios adaptados y equipados o en el espacio de la vida de la persona.



Dentro de su campo de intervención, el sector « Servicios de Rehabilitación» desarrolla esencialmente acciones centradas en la rehabilitación física y funcional.

Se puede llegar a plantear centrar las acciones en la medicina de rehabilitación en los siguientes casos:

- Como un elemento-palanca para facilitar el desarrollo y la coordinación de acciones de rehabilitación física y funcional (Ver [2.3.2](#) Las profesiones apoyadas por parte del sector),
- Cuando constituye un pre-requisito indispensable en las actividades de rehabilitación física y funcional (ej.: tratamiento del pie equino-varo o pie zambo a través del método Ponseti).
- «Usamos el término **“personas con discapacidad”** para referirnos a aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales permanentes que, al interactuar con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás.

Aunque en la historia de la asociación algunos proyectos de rehabilitación se centraron en las personas con discapacidad por deficiencias intelectuales o problemas de salud mental (Egipto, Rumanía y Somalia en los 90, Kenia en la actualidad) estas problemáticas no constituyen hoy una temática que dependa del sector «Servicios de Rehabilitación», sino que deben ser coordinadas por parte del sector «Prevención y Salud».

Sin embargo, como el enfoque de rehabilitación (Ver [1.3](#) El proceso y los modelos) considera a la persona en su globalidad, es inapropiado considerar la existencia de incapacidades psíquicas e intelectuales **asociadas** como un criterio de exclusión para la implementación de proyectos de rehabilitación física y funcional. Este tipo de incapacidades deben ser tomadas en cuenta cuando son identificadas y ser objeto de una referencia siempre que sea posible.

Si no existen estructuras capaces de atender este tipo de incapacidades, el proyecto debe incluir acciones a nivel comunitario para sensibilizar sobre esta temática y para el desarrollo de competencias destinadas a prestar una atención elemental (Ver [2.3.4](#) Carencias de recursos humanos).

La Convención (CDPD) define a la persona con discapacidad como aquella que presenta deficiencias e incapacidades permanentes. Es esencial que la rehabilitación física y funcional atienda igualmente a las personas que presentan deficiencias e incapacidades **temporales**, porque puede permitir una recuperación completa y también porque evita que una incapacidad temporal se convierta en incapacidad permanente (prevención).

Es importante observar que, si bien una deficiencia o incapacidad cualquiera que sea puede ser atendida dentro de un servicio, cuando se trata de una incapacidad permanente, el «centro de gravedad» de la intervención deberá desplazarse en cuanto sea posible a nivel del usuario y de su entorno próximo, en su comunidad. En efecto, la intervención deberá proseguir un proceso a largo plazo destinado a adaptar los hábitos de vida para un funcionamiento y una participación óptima de la persona, lo que puede hacerse únicamente en su propio entorno (Ver [2.2](#) Los niveles de intervención).



En su campo de intervención, el sector «Servicios de Rehabilitación» promueve esencialmente acciones centradas en la prevención y atención de rehabilitación física y funcional de las personas que presentan deficiencias e incapacidades físicas y/o sensoriales, ya sean temporales o permanentes.

### 1.3 El proceso y los modelos

Al poner en marcha un proceso de rehabilitación física y funcional, se asume que la persona está a riesgo de caer en una situación de discapacidad, nacida de una deficiencia o incapacidad. El análisis de estas permitirá determinar la conducta a seguir (terapia o tratamiento) dirigida a conseguir el funcionamiento óptimo (autonomía), de forma que la persona pueda mejorar su participación en la vida cotidiana y social.

La búsqueda de un funcionamiento óptimo implica intervenir sobre la incapacidad o deficiencia, para desencadenar un proceso de recuperación completa o parcial, en este último caso con la adaptación o compensación como objetivos.

El objetivo de la rehabilitación física y funcional es igualmente **preventivo**, ya que las deficiencias e incapacidades iniciales pueden dar origen a **complicaciones**.

De cualquier forma, definir una conducta a adoptar (estrategia de intervención) implica una comprensión amplia de la situación de discapacidad, creada por la combinación de las deficiencias e incapacidades de la persona con los factores ambientales y sus hábitos de vida.

El análisis tiene en cuenta las competencias propias de cada profesional, pero también el punto de vista de la persona y de su entorno próximo.

A partir de este análisis podrá iniciarse el proceso de rehabilitación, formado a base de decisiones concertadas, priorizaciones y reajustes.

### 1.3.1 Los modelos de análisis

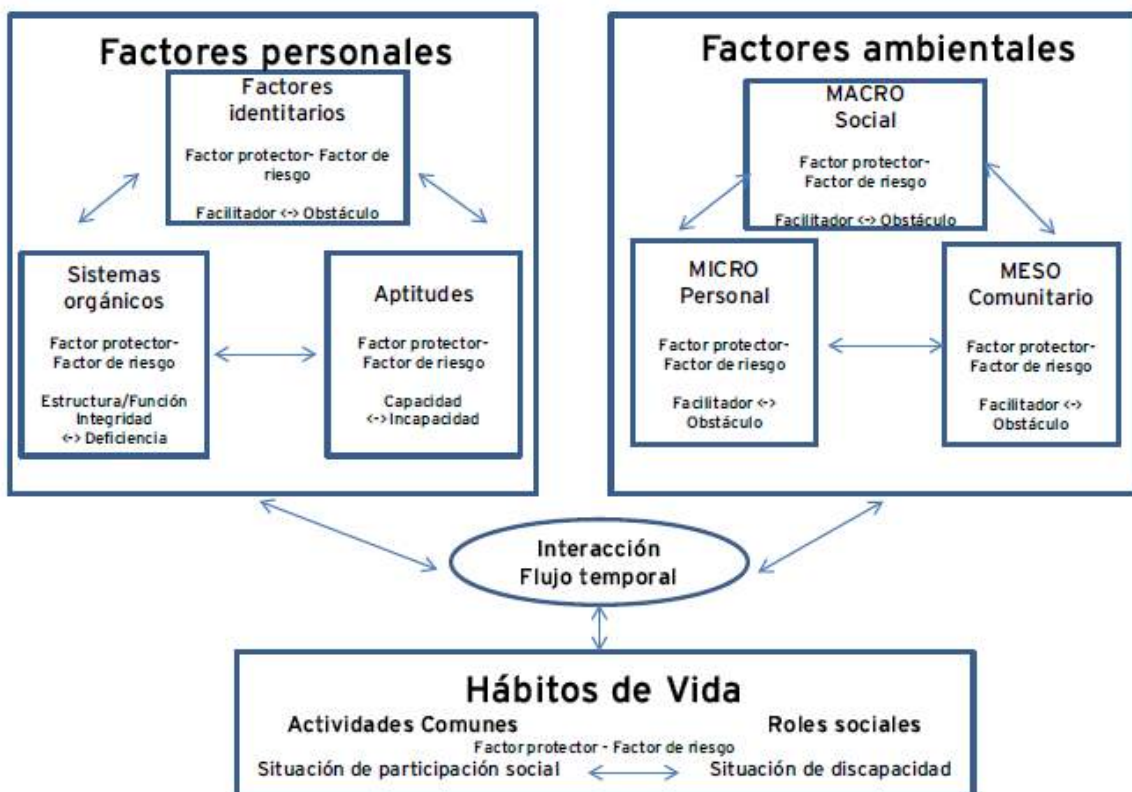
Para la comprensión de la discapacidad, el análisis de la situación, la elaboración de proyectos y la evaluación de los resultados, el sector «Servicios de Rehabilitación» recomienda dos modelos.

#### El Proceso de Producción de Discapacidad (PPD)

Se trata de un modelo de análisis centrado en las interacciones entre los factores personales (incluyendo la salud), ambientales y los hábitos de vida, siendo considerados cada uno de estos factores en el mismo nivel de importancia.

El análisis de las interacciones entre los factores favorece la comprensión de la situación global de la persona (modelo social).

**Modelo de desarrollo humano y  
Proceso de producción de discapacidad (MDH-PPH 2)**



## La Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)

Se trata de un modelo de análisis centrado en el desempeño del individuo (actividades realizadas en la vida de cada día) que determina una relación de causa - efecto entre este desempeño y la participación social de la persona.

La OMS recomienda la utilización de este modelo estándar internacional de descripción y evaluación en salud.



© OMS, CIF, 2001



Según Handicap International, «nuestra comprensión global de la discapacidad se apoya en el modelo original del Proceso de Producción de la Discapacidad (PPD)»<sup>23</sup> que es asumido por el sector y recomendado como herramienta de análisis en las acciones que promueve. Sin embargo, considerando que «la comparación de múltiples fuentes de datos puede concluir en interpretaciones más sólidas si se utiliza un referente común como la CIF»<sup>24</sup>, el sector recomienda la utilización de esta clasificación cuando se trata de comunicar en externo, y particularmente en el marco de una investigación.

<sup>23</sup> Handicap International, Principios relativos a los marcos conceptuales, enfoques, referencias y herramientas metodológicas, in Misión, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 12

<sup>24</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 116

### 1.3.2 El proceso de rehabilitación

La utilización de un modelo de análisis permite elaborar una estrategia de intervención argumentada y justificada. Esta estrategia es formalizada a través de un ciclo de acciones que parte de la identificación de problemas y de su análisis para planificar posteriormente una intervención y evaluarla con el fin de reajustarlo a la estrategia inicial, si es necesario.



© OMS, Informe mundial sobre discapacidad, cap.4, pág. 108, 2011: La Rehabilitación

#### Las diferentes etapas del proceso de rehabilitación

A partir de la utilización de un modelo de análisis, de la escucha e identificación de las demandas de la persona y de su entorno próximo, así como de sus necesidades implícitas:

- Análisis y evaluación de los factores personales y ambientales, factores facilitadores, recursos u obstáculos.
- Con la persona y su entorno próximo, elaboración de un proyecto de intervención a través de un equipo multidisciplinario.
- Implementación en forma de atención y consejos por uno o varios profesionales de rehabilitación y, según la situación, aprendizaje de la auto-asistencia o del cuidado por parte de la familia<sup>25</sup>. Es importante observar que «cuanto más temprano comience la rehabilitación, mejores resultados funcionales se pueden alcanzar».
- Seguimiento y evaluación de los resultados en términos de hábitos de vida y participación social (funcionamiento óptimo).
- Reajustes, si es necesario (continuum de atención)

<sup>25</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 108: «Formar a las personas con discapacidad es esencial con el fin de desarrollar un saber y las competencias necesarias para la auto asistencia, los cuidados, el manejo de su situación y la toma de decisiones. Si las personas con discapacidad son asociadas a la rehabilitación, las mejoras en términos de salud y a nivel funcional serán mucho mayores».

## 1.4 Del individuo al sistema

### 1.4.1 El ciclo 'de la identificación al seguimiento'

Un proceso de rehabilitación física y funcional se pone en marcha para responder a la existencia o al riesgo de aparición de deficiencias e incapacidades identificadas.

**En los contextos bien dotados** de recursos humanos competentes y donde la población tiene amplia información sobre salud, la detección o **identificación** puede hacerse como consecuencia una solicitud o queja del individuo ante su médico, o a través de revisiones de rutina (salud materna e infantil, primera infancia, escolar...).

En todos los casos, el médico elabora su diagnóstico médico y/o refiere a un especialista (médico de rehabilitación), que realiza una prescripción médica para un tratamiento de rehabilitación física y funcional, identificando el tipo de profesionales que deben participar.

En el transcurso de la intervención de rehabilitación o una vez que esta ha finalizado, el individuo debe volver a dirigirse a su médico, que efectúa un **seguimiento** y define la eventual necesidad de una atención complementaria.

**Observación:** según los contextos, algunos profesionales de rehabilitación están habilitados para llevar a cabo diagnóstico, atención y seguimiento sin necesidad de que intervenga un médico.





**En los contextos con recursos humanos escasos o de un nivel de competencias bajo,** y donde la comprensión de los problemas de salud por parte de la población es limitada, cada etapa del ciclo de “identificación / referencia / intervención / seguimiento” puede ser un obstáculo para el buen desarrollo del enfoque de rehabilitación física y funcional:

- ¿La persona tiene la posibilidad de detectar la existencia de un problema?
- ¿Existen profesionales cercanos capaces de detectar el problema?
- Si estos últimos existen, ¿son capaces de diferenciar un problema menor que puede solucionarse a nivel local, de un problema más complejo, con riesgo de deterioro, que necesite ser tratado por otros profesionales?
- ¿Existe un servicio, cercano o alejado, donde puede brindarse una prestación de rehabilitación física y funcional por parte de profesionales competentes para tratar este problema?
- ¿Conoce la persona la existencia de un servicio capaz de resolver su problema y tiene los recursos para acceder a él?
- ¿La persona comprende la necesidad de regresar al servicio para un seguimiento, y tienen los medios para poder hacerlo?
- ¿En caso contrario, ¿es posible un seguimiento a nivel comunitario?



En los contextos escasos de medios y/o de recursos humanos competentes, «buscamos la puesta en marcha de soluciones contextualizadas y realistas. Rechazando los enfoques estereotipados, analizamos las especificidades de cada situación para identificar, dentro de lo posible, las acciones y el modo operativo mejor adaptados»<sup>26</sup>.

De esta manera, cualquier acción destinada a desarrollar actividades de rehabilitación debe analizar previamente cada uno de los aspectos que constituyen el ciclo de la identificación al seguimiento y determinar el tipo y nivel de prestación, según existan o no servicios y profesionales de rehabilitación física y funcional. Identificar necesidades a las cuales no podemos responder, es pertinente solamente en la medida en que su prevalencia e incidencia justifiquen la implementación de un proyecto de rehabilitación cuya factibilidad deberá ser estudiada (competencias, locales, equipamiento...).

---

<sup>26</sup> Handicap International, Principios relativos a los modos de intervención, en Misión, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 11

## 1.4.2 El enfoque sectorial

Tal y como hemos explicado anteriormente, la rehabilitación física y funcional es un dispositivo centrado en la persona y su entorno cercano

Para que exista la prestación de rehabilitación, hemos visto que era necesario que estén disponibles ciertas competencias, y que estas puedan ponerse en práctica en una estructura o servicio. Para que esta prestación de rehabilitación sea adecuada y sostenible, es necesario que estas competencias sean suficientes, formadas y sostenibles<sup>27</sup> y que puedan ejercerse en estructuras accesibles y viables<sup>28</sup>.

Por consiguiente, cualquier dispositivo de rehabilitación a implementar y que pretenda una prestación sostenible y de calidad junto a las personas, debe igualmente tomar en consideración el **sistema de rehabilitación** dentro del cual se enmarca.

Este sistema comprende especialmente las políticas puestas en marcha, las diferentes organizaciones, instituciones y recursos del sector, que son responsables entre otras cosas de la disponibilidad de recursos humanos y del funcionamiento de los servicios de rehabilitación (Ver [2.2.3 Sistema: políticas sectoriales](#)).

Una acción de rehabilitación logra su legitimidad por el simple hecho de la intervención bien conducida junto a la persona y su entorno cercano (beneficiarios directos). Buscar su sostenibilidad y su reproducibilidad trabajando a nivel del sistema extenderá su impacto<sup>29</sup>. Para hacerlo, es necesario poner en contacto y acompañar a los diferentes actores del sector implicados en la implementación de un dispositivo de rehabilitación (beneficiarios indirectos).

De esta forma, este enfoque sectorial debe permitir intervenir junto a todos los actores considerados como beneficiarios, directos o indirectos, de las intervenciones del sector «Servicios de Rehabilitación».

---

<sup>27</sup> Handicap International, El proceso de análisis de la sostenibilidad: el ejemplo de la rehabilitación física y funcional, Guía metodológica, 2012

<sup>28</sup> Handicap International, El acceso a los servicios destinados a las personas con discapacidad, 2010

<sup>29</sup> «Efectos a largo plazo, positivos y negativos, primarios y secundarios, inducidos por una acción de desarrollo, directamente o no, intencionalmente o no», OCDE, Glosario de los principales términos relativos a la evaluación y la gestión centrada en los resultados, 2002, pág. 25

## Actores clave en la prestación de servicios para personas con discapacidad



© Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, 2010



Más allá del dispositivo de rehabilitación física y funcional propiamente dicho, la intervención junto al usuario y a su entorno cercano debe favorecer su participación en los procesos de decisión (ver esquema anterior). Este enfoque de fortalecimiento de capacidades pretende que los usuarios puedan ser capaces de tomar la palabra de manera informada para:

- participar en la elaboración y el seguimiento de sus propios proyectos individuales, proyectos que no deben ser impuestos a los usuarios: favorecer el intercambio entre pares para apoyarse en la experiencia de los otros (*peer to peer*),
- hacerse oír sobre la calidad de las prestaciones de servicio: favorecer la puesta en marcha de grupos de usuarios,
- reivindicar la continuidad de servicios y su sostenibilidad frente a los tomadores de decisiones: movilizar y acompañar a las Organizaciones de Personas Discapacitadas (OPD).

Este enfoque, sin embargo, no pertenece al sector "Servicios de rehabilitación", sino que está incluida en el área de actuación del sector "Apoyo a la Sociedad Civil"<sup>30</sup>.

Por lo tanto al no ser propio del sector, este enfoque no es presentado en este documento. No obstante, es posible que algunas actividades centradas en la movilización comunitaria y el fortalecimiento de capacidades de los usuarios de los servicios puedan incluirse en un proyecto de rehabilitación física y funcional.

<sup>30</sup> Handicap International, Apoyo a las Organizaciones representativas de personas discapacitadas, 2011

El enfoque sectorial debe favorecer igualmente la identificación de las personas responsables de:

- la selección y el desarrollo de prestaciones de servicio de rehabilitación de calidad,
- el financiamiento de estas prestaciones,
- la implementación de mecanismos de regulación tales como la coordinación de los actores y la realización de un proceso de estandarización, especialmente a través de la elaboración de una política o programa nacional de rehabilitación.

“Para mejorar el acceso a la rehabilitación, es esencial elaborar planes nacionales de rehabilitación o revisar los existentes, e implantar las infraestructuras y las capacidades necesarias para la puesta en práctica de dichos planes. Estos planes deben apoyarse en un diagnóstico de la situación actual, tomar en cuenta los principales aspectos de la rehabilitación, es decir, el liderazgo, financiamiento, la información, prestación de servicios, los productos de apoyo y tecnologías, y el personal encargado de la rehabilitación, así como definir las prioridades en función de las necesidades locales”<sup>31</sup>.

Considerando que un enfoque como éste realmente no puede lograr sus objetivos a corto plazo, la elaboración de un **proyecto de rehabilitación física y funcional** debe inscribirse dentro de una estrategia más amplia y de largo plazo, formalizada a través de un **programa o plan nacional de rehabilitación**<sup>32</sup> en el marco del cual el proyecto apoyado por parte de Handicap International tendrá su razón de ser (Ver **2.2.3** Sistema: políticas sectoriales).

### 1.4.3 El enfoque intersectorial

La rehabilitación física y funcional no es un proceso aislado sino que constituye un eslabón del proceso de acompañamiento global de una persona con discapacidad.

Se inscribe dentro de la complementariedad con otros sectores, buscando una continuidad en las prestaciones que responda a las demandas y necesidades de las personas. Para hacerlo, es necesario que los actores estén interconectados, sean complementarios y colaboren entre sí.

Si es bien coordinada, esta complementariedad es una garantía de calidad para una participación social «óptima».

---

<sup>31</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 119

<sup>32</sup> «Los proyectos que sirven para aportar una asistencia limitada en el tiempo a los programas que son diseñados para ser permanentes porque deben responder a las necesidades continuas de la sociedad», Landmine Survivors Network, Prótesis y ortesis Guía de proyecto / Asistencia a los servicios de equipamiento ortopédico en los países con bajos ingresos, Documento de trabajo aprobado ISPO, 2006

Existe una lógica de continuidad de servicio entre los **dispositivos de salud** y rehabilitación física y funcional, ilustrada por el ciclo de la referencia / contra referencia que ya hemos presentado. Al ser parte integrante del sistema de salud, el sector de rehabilitación física y funcional debe construirse o fortalecerse como un **nexo privilegiado y prioritario** para favorecer especialmente la prevención y detección temprana de las deficiencias congénitas o adquiridas que llevan a la discapacidad:

- A nivel de la coordinación del proceso de rehabilitación médica y social que, cuando es liderado por un médico, éste debe estar sensibilizado sobre la temática y tener competencias específicas.
- A nivel hospitalario, especialmente en post operatorio (ejemplo: traumatología) a través de la intervención oportuna sobre todo de fisioterapeutas. De manera general, la presencia de cirujanos en una estructura de salud debe complementarse con la existencia de un servicio técnico de rehabilitación física y funcional.
- A nivel de la protección materna e infantil: con la formación de profesionales de salud sobre los buenos procedimientos técnicos con el fin de prevenir y/o atender rápidamente los problemas relacionados con el parto (parálisis obstétrica del plexo braquial...) y con la detección de patologías relacionadas con la madre y el niño que pueden ser objeto de una derivación precoz hacia estructuras de rehabilitación física y funcional (fístulas obstétricas, malformaciones congénitas, retraso del desarrollo psicomotor...).
- A nivel de la atención de ciertas enfermedades, transmisibles o no, crónicas o no, que dependen primero de los cuidados sanitarios pero que a veces requieren un acompañamiento centrado en la rehabilitación física y funcional para prevenir o reducir las consecuencias en términos de deficiencias e incapacidades (diabetes, enfermedades cardiovasculares o respiratorias, Sida, úlcera de Buruli...).

La asociación de las acciones en rehabilitación física y funcional con las acciones en **acompañamiento socioeconómico y educativo** permite fortalecer la participación de la persona que presenta deficiencias e incapacidades. El beneficio de una prestación de rehabilitación aumentará si el usuario puede beneficiarse de un apoyo hacia un regreso rápido a la educación o al empleo. A la inversa, la participación social a través de la educación y/o del empleo puede ser favorecida cuando una intervención en rehabilitación física y funcional facilita el acceso a ella, intervención que en algunos casos debe considerarse como un requisito previo.

La referencia de una estructura hacia otra es una buena ilustración de esta colaboración, colaboración que se facilita enormemente si existe una comprensión de los retos y prestaciones propuestas por cada una de ellas.

Este enfoque intersectorial transversal de relación de los diferentes actores debe ser previsto del nivel local hasta el nivel nacional. El sector de rehabilitación física y funcional puede estar bajo la tutela del Ministerio de Acción Social, responsable de las políticas sobre discapacidad, o bajo la tutela del Ministerio de Salud responsable política nacional de salud.

La tutela del Ministerio de la Salud es particularmente interesante porque:

- las temáticas desarrolladas en rehabilitación física y funcional (prevención, enfermedades crónicas...) abarcan un campo más amplio del que es apoyado por parte del Ministerio de Acción Social,
- la inscripción de un Programa Nacional de Rehabilitación en la política nacional de salud favorece la continuidad de atención (de la identificación al seguimiento): cualquiera que sea el Ministerio de tutela, un servicio de rehabilitación debe ser **integrado** en el sistema de salud, del nivel primario al nivel terciario, para favorecer esta continuidad.

Considerando la relación intersectorial, es importante mencionar la necesaria implicación del Ministerio de Educación para la formación profesional, del Ministerio del Trabajo cuando se trata de reconocimiento de una profesión y del Ministerio de Finanzas en cuanto a la ejecución de un Plan Nacional de Rehabilitación.

## 1.5 Contexto



«Asumimos los retos del *contiguum* Emergencia-Reconstrucción-Desarrollo adaptando nuestros modos de acción, nuestras actividades y su duración según las dificultades de cada situación.

El principio de diferenciación operacional permite adaptar el modo operativo al contexto y a los sectores de actividades movilizados, según los métodos y una gestión específicos».<sup>33</sup>

### 1.5.1 De la emergencia al desarrollo

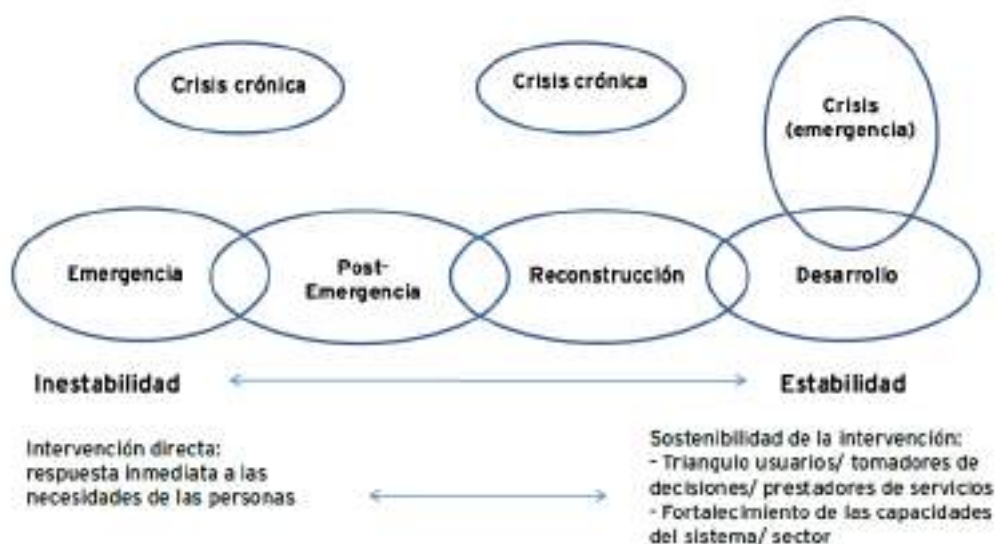
Al estar centrado en el individuo, el enfoque de rehabilitación física y funcional puede ser implementado cualquiera que sea el contexto.

Sin embargo, el diseño de un proyecto de rehabilitación deberá tener en cuenta:

- el entorno de las personas, variable según la estabilidad del contexto,
- la capacidad de movilizar medios localmente de manera más o menos sostenible.

Handicap International ha definido cinco contextos en los cuales se desarrollan sus acciones<sup>34</sup>.

#### Los cinco contextos de intervención de Handicap International



© handicap international, 2013

<sup>33</sup> Handicap International, Principios relativos a los modos de intervención, en Misión, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 11

<sup>34</sup> Handicap International, Los contextos, en Misión, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, p. 6-7.

Cualquiera que sea el contexto, la intervención de Handicap International se basa en la movilización de recursos humanos locales para desarrollar sus proyectos. En un contexto de emergencia, esta lógica de “hacer hacer” buscará ante todo multiplicar las acciones para responder a la envergadura de las necesidades, mientras que en un contexto de desarrollo, esta misma lógica tendrá como objetivo una transferencia de competencias, la cual exige unos tiempos que no son compatibles con las necesidades de una respuesta rápida.

«Es necesario tener presente que la primera finalidad de la acción de emergencia no es el fortalecimiento de los socios locales, sino primero y ante todo la respuesta a las necesidades de las personas vulnerables y de sus familias afectadas por la crisis»<sup>35</sup>.

Los modos de operar de las diferentes direcciones de acción de Handicap International (DAD: dirección de la acción de desarrollo, DAU: dirección de la acción de emergencias) son bastante diferentes y, aunque el Sector / dominio se interesa principalmente por las estrategias de desarrollo, sus conocimientos en rehabilitación pueden ser solicitados por parte de la DAU en los contextos de emergencia y post emergencia:

- solicitud de expertos de otras disciplinas,
- búsqueda de complementariedad en contextos fluctuantes,
- socialización de los saberes (fortalecimiento de los conocimientos relacionados con las especificidades de).

Su intervención es igualmente posible en un contexto de reconstrucción, considerado como fase de transición. En efecto, a pesar de la posible persistencia de actividades de emergencia o post emergencia, las iniciativas adoptadas por parte de las comunidades serán apoyada de forma más sistemática, y se instalarán progresivamente estrategias de colaboración y de participación, con una implicación cada vez más importante de la población en la concepción, puesta en marcha y evaluación de las acciones. Igualmente, se hará hincapié en la restauración de las capacidades de las comunidades, preparando, en cuanto la estabilidad del contexto lo permita, un cambio de paradigma hacia las bases de la fase de desarrollo.

Existe una relación entre estabilidad del contexto y sostenibilidad de las acciones.

La lógica de intervención en rehabilitación en un contexto de desarrollo se apoya en la existencia de colaboraciones para:

- transferir el saber-hacer de la asociación hacia los actores locales. Esta transferencia de conocimientos necesita recursos humanos identificados y disponibles a largo plazo.
- Instalar estructuras o servicios adecuados, accesibles y viables.

Estos dos marcadores de sostenibilidad esenciales pero no suficientes, sólo son posibles en un contexto estabilizado.

---

<sup>35</sup> Handicap International, Disability & Vulnerability Focal Points (Antenas Discapacidad & Vulnerabilidad), Guía metodológica, parte Dispositivo DVFP y Ciclo de proyecto, 2013, pág. 25 (borrador)



## »< Contexto particular: el campo de refugiados

El contexto de un campo de refugiados, estructura artificial por excelencia, excluye la ejecución de proyectos de desarrollo. Oscilando entre emergencia y post emergencia, el objetivo debe garantizar una respuesta adaptada a las necesidades básicas y específicas de las poblaciones vulnerables<sup>36</sup>.

Sin embargo, algunos campos perduran durante varios años, incluso durante decenas de años (Kenia, Tailandia...) autorizando acciones de mayor empuje con una implementación de servicios de rehabilitación y formación (reconstrucción).

Considerando la importante movilidad de las poblaciones en este contexto, particularmente de las que han sido formadas, es indispensable ser sumamente cuidadoso en cuanto a los objetivos fijados para los proyectos (el sector debe producir un documento que se relacione con esta temática).

---

<sup>36</sup> Handicap International, Disability & Vulnerability Focal Points (Antenas Discapacidad & Vulnerabilidad), Guía metodológica, 2013 (borrador).

## 1.5.2 El análisis situacional

En los contextos estabilizados, la opción de intervenir en rehabilitación y el tipo de prestaciones previsto dependerán del nivel de desarrollo del país. Un análisis situacional previo debe permitir identificar los requisitos previos e identificar los elementos existentes favorables o que obstaculizan la ejecución de un proyecto de rehabilitación. Este análisis debe poner atención especialmente en las interacciones entre los diferentes actores y su nivel de responsabilidad<sup>37</sup>.

Análisis situacional previo a la ejecución de un proyecto de rehabilitación física y funcional		
Niveles	Elementos a estudiar	Puntos de vigilancia
Usuarios	Demandas y necesidades de los usuarios	Priorización (impacto)
	Prevalencia y repercusiones (salud pública)	
	Comprensión de los problemas de salud	Sensibilización, educación
	Participación, movilización comunitaria, solidaridad	
Servicios	Naturaleza, accesibilidad y viabilidad de los servicios	Ordinario, específico, asistencia <sup>38</sup>
		Financiamiento
		Colaboración, socios
		Descentralización
		De la identificación al seguimiento
		Tecnología
	Recursos humanos: procedencia y disponibilidad, estabilidad, naturaleza y nivel de competencias, representatividad	Calidad, Buenas prácticas
		Estatus
		Competencias específicas o polivalentes
		Formación y estándares
Autoridades / Tomadores de decisión	Legislaciones, voluntad de los tomadores de decisión , gobernabilidad, capacidades financieras	Ministerio de tutela (Salud)
	Enfoque sectorial	
	Coordinación multisectorial	Plan nacional de rehabilitación
		Relaciones con la Salud

<sup>37</sup> Handicap International, El acceso a los servicios destinados a las personas con discapacidad, 2010, págs. 19-21

<sup>38</sup> Idem, la gama de servicios, págs. 13 & 15

Cualquiera que sea la envergadura del proyecto deseado, previsto a un nivel local o en última instancia a una escala nacional, incluso regional (varios países), es importante observar que:

- el análisis situacional deberá estudiar siempre estos tres niveles.
- el proyecto deberá responder, al final, a las demandas explícitas y necesidades implícitas de los usuarios.
- el proyecto comprenderá una estrategia de salida que será negociada con y aceptada por los socios locales.

«Desde el diseño de un programa o de un proyecto, anticipamos una estrategia de salida, incluidas las eventuales medidas de acompañamiento o de transición necesarias»<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Handicap International, Principios relativos a la coordinación, colaboración y sostenibilidad, en Misión, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 11

## 1.6 Resumen

### La rehabilitación física y funcional y sus modelos de análisis

La medicina de rehabilitación pretende mejorar el nivel funcional de un individuo a través del diagnóstico y tratamiento médico de sus problemas de salud.

La rehabilitación física y funcional es un proceso puesto en marcha para las personas (y su entorno cercano) que presentan deficiencias e incapacidades, sean temporales o permanentes con el fin de:

- restablecer o compensar la pérdida funcional para un funcionamiento óptimo en interacción con el entorno,
- prevenir o disminuir el deterioro funcional.

Para hacerlo, a la persona se le proponen ejercicios, se le dan consejos y medidas educativas, se proponen ayudas técnicas y se realizan adaptaciones del entorno.

Con el objetivo de que el proceso de rehabilitación implementado sea adaptado a las necesidades de la persona, es necesario analizar su situación utilizando modelos de comprensión de la discapacidad. Handicap International recomienda la utilización del PPD (proceso de producción de la discapacidad). Sin embargo, el sector sugiere la utilización de la CIF cuando se trata de comunicar a lo externo de la asociación, particularmente en el marco de una investigación.

### El proceso de desarrollo de un proyecto

Cualquier acción para desarrollar actividades de rehabilitación de calidad centradas en las necesidades de las personas (beneficiarios directos) debe analizar previamente cada uno de los aspectos que constituyen el ciclo 'de la identificación al seguimiento'. Este análisis debe permitir determinar el tipo de intervención y nivel adecuado de prestación según:

- si existen servicios, cuyas prácticas, tecnologías utilizadas y accesibilidad deben ser estudiadas,
- si existen profesionales de la rehabilitación.

Si el dispositivo de rehabilitación a implementar pretende ser sostenible, es necesario tomar en consideración al sistema de rehabilitación en el que se enmarca. Este nivel sectorial de intervención debe ser estudiado igualmente con respecto a otros sectores con los cuales está en contacto. Los actores que constituyen estos sistemas (beneficiarios indirectos) deben ser acompañados, ya sea de los tomadores de decisión o de los prestatarios de servicios.

Un análisis situacional previo debe permitir identificar los requisitos previos y elementos existentes que van a favorecer u obstaculizar la implementación de un proyecto de rehabilitación.

En conclusión, considerando la necesaria búsqueda de pertinencia de máximo impacto positivo, un **proyecto de rehabilitación física y funcional** limitado en el tiempo debe enmarcarse dentro de un objetivo estratégico más amplio y de largo plazo representado por un **programa o plan nacional de rehabilitación**. La elaboración y formalización de una planificación programática como ésta puede ser además objeto de un proyecto entre Handicap International y sus socios institucionales.

### **Campo de intervención del sector «Servicios de Rehabilitación»**

El sector:

- declina, dentro de su campo de intervención, los principios de la Federación Handicap International,
- promueve acciones que desarrollan esencialmente actividades de rehabilitación física y funcional, más que de medicina de rehabilitación,
- promueve la implementación de acciones donde el individuo y su entorno cercano son el objetivo del proceso de rehabilitación y, no acciones de nivel universal,
- promueve esencialmente acciones centradas en la prevención y atención en rehabilitación física y funcional de las personas que presentan deficiencias e incapacidades físicas y/o sensoriales, más que psíquicas e intelectuales,
- pone en marcha acciones respecto a todos los actores implicados en la promoción de la rehabilitación física y funcional (usuarios de los servicios, prestatarios y tomadores de decisión) y en todos los niveles (local o comunitario y sectoriales),
- aunque particularmente interesado por las estrategias de desarrollo, ejecuta sus acciones o su competencia en todos los contextos, de la emergencia al desarrollo, de manera más o menos directa.



## **2 Modalidades de intervención**

---

### **2.1 Reducción de obstáculos**

### **2.2 Los niveles de intervención**

- 2.2.1 El usuario en su comunidad
- 2.2.2 Prestación de servicio de rehabilitación física y funcional
- 2.2.3 Sistema: políticas sectoriales
- 2.2.4 Resumen: logigramas
- 2.2.5 Red e incidencia política, de lo nacional a lo internacional

### **2.3 Los profesionales de rehabilitación física y funcional**

- 2.3.1 Las diferentes profesiones
- 2.3.2 Las profesiones apoyadas por parte del sector
- 2.3.3 Profesiones, competencias y normas
- 2.3.4 Carencias de recursos humanos
- 2.3.5 Resumen

### **2.4 Las temáticas de la rehabilitación física y funcional**

### **2.5. Perspectivas 2011-2015**

El objetivo de este capítulo es presentar los diferentes elementos teóricos desarrollados anteriormente dentro de un marco más operativo.

No se trata de proponer ejemplos marcos lógicos de proyecto, sino de poner en perspectiva los diferentes principios constitutivos de la rehabilitación física y funcional. El objetivo es guiar la selección y ayudar a la toma de decisión respecto a las acciones a emprender para promover la rehabilitación física y funcional en los contextos de desarrollo.

## 2.1 Reducción de obstáculos

Considerando la falta de recursos de rehabilitación con respecto a la magnitud de las necesidades, no se trata tanto de abogar para justificar el financiamiento de estrategias de rehabilitación, sino más bien de eliminar los obstáculos para su desarrollo.

Según la OMS<sup>40</sup>, «diversas medidas pueden permitir superar los obstáculos para la rehabilitación, especialmente las siguientes:

- reformar las políticas, las leyes y los sistemas de prestación, (...) incluyendo la elaboración o revisión los planes de rehabilitación nacionales,
- crear mecanismos de financiamiento para eliminar los obstáculos financieros,
- incrementar los recursos humanos dedicados la rehabilitación, por ejemplo formando al personal de rehabilitación y manteniéndolo en función,
- extender y descentralizar la prestación de los servicios,
- incrementar la utilización y accesibilidad financiera de la tecnología de ayuda y de las ayudas técnicas,
- desarrollar programas de investigación, la información y el acceso a guías de buenas prácticas».



Cualquiera (Cualesquiera) que sea(n) la y/o las temática(s) elegida (s) para desarrollar un proyecto de rehabilitación física y funcional, su diseño deberá considerar en todo o en parte de las medidas recomendadas por parte de la OMS.

---

<sup>40</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 117



## 2.2 Los niveles de intervención



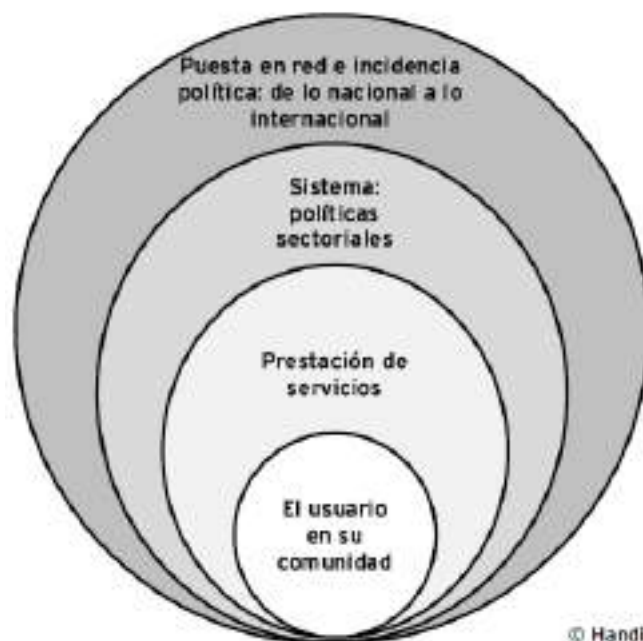
«Nuestro compromiso se realiza en primer lugar a nivel local y a nivel de los servicios, junto a las poblaciones, grupos y personas afectados. Es a partir de esta base, y con esta legitimidad, que buscamos un impacto mayor y más sostenible interviniendo sobre los sistemas y en las políticas»<sup>41</sup>.

«Es importante recordar que el apoyo que queremos garantizar para las personas con discapacidad ya sus familias debe estar tan cerca como sea posible de su propia comunidad, incluso en las regiones rurales»<sup>42</sup>.

Como ya hemos dicho, la orientación de un proyecto para el desarrollo de una prestación de rehabilitación física y funcional de proximidad se deriva del diagnóstico que nace análisis situacional del sistema en el cual debe enmarcarse este proyecto. Este diagnóstico debe basarse en el estudio del ciclo 'de identificación / referencia / intervención / seguimiento'.

La naturaleza de la prestación deseada dependerá de la existencia de un servicio y del tipo de actividades propuestas, de la localización de este servicio con relación a la comunidad, de su inserción en la red sectorial e intersectorial, de su reconocimiento, así como del apoyo del que se beneficia para desarrollarse y perdurar.

### Los diferentes niveles de intervención



<sup>41</sup> Handicap International, Principios relativos a la coordinación, colaboración y sostenibilidad, in Misión, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 10

<sup>42</sup> OMS, Rehabilitación con Base en la Comunidad, Guía de RBC, Gestión, 2011, pág. 34

Considerando que el proyecto previsto debe producir efectos sostenibles, es deseable intervenir en cada uno de los niveles para garantizar la **calidad, viabilidad y sostenibilidad** del servicio de rehabilitación. Sin embargo, es frecuente que uno o varios niveles sean inaccesibles o que el proyecto no tenga los medios para abordarlos todos. En consecuencia, es necesario definir requisitos previos y condiciones que faciliten la toma de decisión en cuanto a la cronología y selección de intervención en un nivel o en otro.

Es importante puntualizar que la calidad debe considerarse en todos los niveles de intervención, la viabilidad es intrínseca si se trabaja a nivel servicio y la sostenibilidad a nivel sectorial.

### 2.2.1 El usuario en su comunidad

#### **Lo que la estrategia proyecto pretende de manera global (definido como prioritario):**

Las personas con discapacidad se benefician de prestaciones de rehabilitación física y funcional de proximidad.

Considerando las informaciones derivadas del análisis situacional, los requisitos previos para la ejecución de un proyecto de rehabilitación física y funcional a nivel local o comunitario son:

- la existencia de demandas y necesidades compatibles con las orientaciones del sector (tomadores de decisión, prestatarios, usuarios),
- la presencia de un servicio de rehabilitación física y funcional, cualquiera que sea su localización, hacia el cual referir a los usuarios que requieran una prestación específica.

#### **Lo que pretende la estrategia de manera específica:**

La implementación de un proyecto de rehabilitación física y funcional a nivel comunitario (enfoque sectorial) pretende el desarrollo de recursos humanos locales capaces de identificar, remitir y, caso necesario, dar seguimiento a los usuarios de un servicio de rehabilitación física y funcional.

#### **Lo que la estrategia debe obtener:**

- La población está informada y sensibilizada sobre la capacidad del proyecto para responder a tales demandas y/o necesidades expresadas.
- Los promotores de salud comunitaria o promotores de RBC<sup>43</sup> están seleccionados, son acompañados y capacitados sobre la identificación y, en caso necesario, el seguimiento de los beneficiarios del proyecto.
- Estos promotores están informados sobre la existencia del o de los servicios y la naturaleza de las prestaciones propuestas para una derivación oportuna.
- Las prestaciones de servicios responden a las necesidades de los usuarios derivados.
- Las eventuales prestaciones básicas realizadas localmente así como el seguimiento de los usuarios son controlados por parte de los profesionales del servicio.
- «Los promotores de RBC (...) pueden liberarse de los límites tradicionales que existen entre los servicios de salud y servicios sociales para garantizar atenciones

<sup>43</sup> OMS, Rehabilitación con Base en la Comunidad, Guía de RBC, Módulo Salud, 2011

básicas rehabilitación en la comunidad [especialmente en lo que concierne a la accesibilidad ambiental] y, cuando es necesario, orientar a los pacientes hacia servicios más especializados. Los promotores de RBC tienen generalmente una formación mínima y recurren a los servicios médicos y de rehabilitación existentes para los tratamientos especializados así como para la orientación de los pacientes»<sup>44</sup>.

**Riesgos:**

- Crear expectativas a las que el proyecto no puede responder debido a la implantación de procesos de identificación / referencia que no pueden ser asumidos por el servicio.
- Inaccesibilidad del servicio.
- Falta de calidad de la prestación realizada a nivel de la comunidad debido a ausencia de acompañamiento regular por parte de los profesionales de rehabilitación física y funcional.
- Ausencia de sostenibilidad del dispositivo.

La localización del servicio de rehabilitación física y funcional tal como fue revelado por el análisis situacional tiene una influencia en la elaboración de las actividades desarrolladas por parte del proyecto.

### Si el servicio es geográficamente accesible

**El servicio está localizado en la comunidad:**

- la estrategia específica definida en la tabla anterior es aplicada, sabiendo que el seguimiento puede ser directamente realizado por parte de los profesionales del servicio (consultas, visita a domicilio, si es necesario).

**El servicio está alejado de la comunidad:**

- «En los contextos pobres que sufren de falta de recursos y capacidades, es necesario ante todo acelerar la implementación de una oferta de servicios en las comunidades, a través de la RBC en complementariedad con la derivaciones los pacientes hacia establecimientos de atención secundaria.

La Rehabilitación con Base en la Comunidad consiste, por ejemplo, en:

- identificar a las personas con deficiencias y facilitar la orientación de los pacientes,
- brindar estrategias de rehabilitación física y funcional sencillas recurriendo a promotores de rehabilitación o enseñándoles estos métodos directamente a las personas con discapacidad o a un miembro de su familia,
- proponerles un acompañamiento educativo, psicológico y emocional, individual o en grupo, a las personas con discapacidad y a su familia,

<sup>44</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 125

- implicar a la comunidad: implementación de una gestión colectiva de los problemas de rehabilitación»<sup>45</sup>, movilizar a las Organizaciones de Personas Discapacitadas cuando existen.
- «Ningún lugar demasiado alejado de los servicios»<sup>46</sup>: los servicios de atención de salud primaria de la comunidad pueden servir de relevo de coordinación o de acogida para que equipos móviles integrados por profesionales de rehabilitación física y funcional que provengan del servicio intervengan (consultas, prestaciones in situ si son consideradas posibles, referencia hacia el servicio para las necesidades específicas, seguimiento).
- En caso de derivación, por una parte, deben ser previstas las medidas que garanticen el acceso a los servicios para los usuarios (Ver [2.2.3 Sistema: políticas sectoriales y la Ficha Técnica Acceso Financiero](#)<sup>47</sup>), y por otra, las actividades de seguimiento deben ser programadas y organizadas.
- Según las necesidades y para garantizar una continuidad de la atención, pueden desarrollarse **prestaciones elementales** de rehabilitación localmente por parte de los promotores de RBC. En este caso, es indispensable que estas prestaciones sean prescritas y controladas por parte de los profesionales de rehabilitación física y funcional, así como que los promotores reciban formación y se les brinde seguimiento.

### Si el servicio es geográficamente inaccesible

- Desarrollar actividades de prevención a nivel de la comunidad.
- Abogar por la creación de un servicio cercano y/o la creación del servicio en el marco del proyecto: las actividades de identificación / referencia / seguimiento deberán ser concomitantes del desarrollo de competencias en el seno del servicio.
- Reconsiderar la pertinencia del proyecto.

Ver igualmente Logigrama n°1: **De la identificación a la referencia: ayuda a la decisión** (parte [2.2.4](#)).

<sup>45</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 133

<sup>46</sup> OMS, Rehabilitación con Base en la Comunidad, Guía de RBC, Módulo Salud, 2011, pág. 52

<sup>47</sup> Handicap International, El acceso a los servicios destinados a las personas con discapacidad, 2010, págs. de la 90 à 93

## 2.2.2 Prestación del servicio de rehabilitación física y funcional

**Lo que pretende la estrategia proyecto de manera global** (definido como prioritario en relación con el nivel anterior):

Existe un servicio de rehabilitación física y funcional viable que propone prestaciones de calidad, adaptadas a las demandas y necesidades de los usuarios.

Considerando las informaciones derivadas del análisis situacional, los requisitos previos para la implementación de un proyecto como éste son:

- demanda y necesidades suficientes de prestaciones de rehabilitación,
- disponibilidad de recursos humanos,
- posibilidad de desarrollar infraestructuras adaptadas.

**Lo que pretende la estrategia de manera objetiva:**

La organización implementada en el seno del servicio es eficiente y está centrada tanto en las necesidades como en las expectativas de los usuarios. Facilita la asistencia de una prestación de rehabilitación física y funcional de calidad a cargo de recursos humanos competentes.

**Lo que la estrategia debe obtener:**

- La apropiación por parte de los socios locales de las normas de buenas prácticas, basadas cada vez que sea posible en un consenso científicamente elaborado o en base a la evidencia (Evidence Based Practice), guía la implementación de organizaciones internas del servicio, para alcanzar estas normas a través del perfeccionamiento permanente de la calidad, tanto a nivel de la gobernabilidad de la estructura<sup>48</sup> como clínico.
- La formación de profesionales del servicio permite obtener un corpus de competencias profesionales en adecuación con el nivel y calidad esperados de la prestación (competencia y tecnicidad). Este nivel es determinado según las necesidades y demandas de los usuarios, el nivel de educación inicial de los profesionales a formar con respecto a normas internacionales cuando existen y la envergadura prevista del servicio en el cual deben ejercer los profesionales.
- La viabilidad del servicio es garantizada a través de la adecuación de la prestación propuesta con las necesidades y demandas de los usuarios, así como de la capacidad de los usuarios para acceder al servicio y de una buena gestión financiera buscando el manejo de los gastos con respecto a las fuentes de financiamiento.

**Riesgos:**

- Incapacidad de los recursos humanos para alcanzar el nivel de competencia esperado habida cuenta de su nivel de educación inicial.
- Viabilidad financiera: diferencia entre el coste de las prestaciones previstas y la capacidad de financiamiento.

<sup>48</sup> Una guía producida por parte del sector que concierne a la gestión de servicio de rehabilitación es probada actualmente (proyecto piloto). Su objetivo es iniciar un proceso completo y continuo de gestión de la calidad (Rehabilitation Management System).

## Naturaleza del servicio

La prestación de rehabilitación física y funcional puede ser desarrollada en los tres niveles de servicios<sup>49</sup>. Es decir:

- los servicios ordinarios que conciernen a la fisioterapia, ortofonía o logopedia, terapia ocupacional... ejercidas en hospital o clínicas, en estructuras públicas o privadas,
- los servicios de asistencia que conciernen a las ayudas técnicas, incluyendo las ayudas para la movilidad<sup>50</sup>, y que pueden existir o ser localizadas en el seno de un servicio ordinario o específico,
- los servicios especializados que conciernen a los centros de rehabilitación con toda la gama de prestaciones en rehabilitación física y funcional, incluyendo las ayudas técnicas y el acompañamiento social, etc.

**Observación:** apoyar el desarrollo concomitante de servicios de naturaleza diferente mejora la tasa de atención en rehabilitación física y funcional de las personas que presentan deficiencias e incapacidades, de las menos graves a las más complejas, de las temporales a las a largo plazo. Es necesario no limitarse a promover la emergencia de grandes estructuras especializadas, aunque esenciales, en detrimento de las prestaciones cercanas.

## Nivel de servicio y naturaleza de la prestación

Existe una relación entre el nivel de cobertura o envergadura del servicio y el tipo de actividades a desarrollar en su seno.

- «En lo que concierne a las afecciones agudas<sup>51</sup>, la rehabilitación médica así como la rehabilitación física y funcional se realizan generalmente en hospitales de afecciones agudas<sup>52</sup>.

Una amplia variedad de estructuras puede encargarse de la rehabilitación médica de seguimiento, de la rehabilitación física y funcional e igualmente de las ayudas técnicas: las unidades o centros hospitalarios de rehabilitación especializados, los centros de rehabilitación (...). A más largo plazo, la rehabilitación puede desarrollarse en una estructura cercana, por ejemplo en un

---

<sup>49</sup> Handicap International, El acceso a los servicios destinados a las Personas con Discapacidad, La gama de servicios, 2010, págs. 13 & 15

<sup>50</sup> Handicap International, Los servicios de ayudas rodantes para la movilidad y sus dispositivos de instalación y de posicionamiento: integrar las ayudas rodantes para la movilidad - y sus dispositivos de instalación y de posicionamiento - para las prestaciones de rehabilitación en contextos de emergencia y de desarrollo, 2013

<sup>51</sup> Las afecciones agudas, opuestas a las afecciones crónicas o de curso prolongado, necesitan una intervención rápida, a menudo intensiva, en un período corto (de 30 a 60 días) generalmente seguida por un período de convalecencia. Estas afecciones conciernen a las heridas o enfermedades severas en un contexto de emergencia medida o de post operatorio.

<sup>52</sup> Considerando las actividades desarrolladas en los proyectos, la atención en rehabilitación física y funcional de las afecciones agudas solamente es prevista hoy en proyectos de emergencia.

centro de atención de salud primaria, un centro escolar, en el lugar de trabajo o en el marco de servicios de atención terapéutica a domicilio<sup>53</sup>.

(...) Las intervenciones con base en la comunidad juegan un rol esencial en el continuum de las atenciones de rehabilitación, y pueden mejorar la eficiencia y eficacia de la rehabilitación en el hospital<sup>54</sup>».

- La competencia esperada a nivel terciario (ver esquema) supone un conocimiento muy puntual en el campo de competencias restringido, la polivalencia del nivel primario corresponde a un conocimiento limitado en un amplio campo de competencias.

En consecuencia, según la estructura del sistema de salud existente, dos profesionales de una misma profesión que recibieron la misma formación inicial pueden necesitar desarrollar competencias diferentes considerando la naturaleza de la prestación de rehabilitación deseada.



<sup>53</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 114

<sup>54</sup> Idem, p. 131

## Recomendaciones

- Independientemente de las oportunidades de financiamiento que pueden impactar las preferencias en relación al tipo de servicio a desarrollar, las prestaciones de rehabilitación implementadas deben responder a las necesidades de la mayoría en primera instancia (prevalencia y repercusiones en términos de salud pública) y/o a las necesidades de acciones de prevención.
- El servicio debe estar localizado lo más cerca de la comunidad (accesibilidad geográfica). Su envergadura (primaria, secundaria, terciaria) y naturaleza (ordinaria, específica, asistencia) dependen especialmente de la densidad de población censada en su zona de establecimiento y de la eventual presencia de otros servicios de igual naturaleza.
- La atención de las afecciones agudas en los contextos de desarrollo debe ser acompañada, especialmente a través de la promoción de la fisioterapia hospitalaria.
- La búsqueda de la calidad a través de la identificación y apropiación de normas de buenas prácticas debe concluir en la implementación de una organización eficiente en el seno del servicio, centrada en el usuario:
  - Creación y acompañamiento de grupos de usuarios, relación con las Organizaciones de Personas con Discapacidad...
  - El responsable del servicio debe ser calificado en administración / gestión: vale más sensibilizar a un médico general sobre las especificidades de la rehabilitación física y funcional que desviar a un especialista técnicamente competente de sus responsabilidades clínicas y de formación.
- El dispositivo 'de identificación / referencia / seguimiento' debe ser estructurado para que:
  - sean identificadas las demandas y necesidades que puedan ser atendidas a nivel del servicio,
  - la referencia bien conducida mantenga el nivel de actividad del servicio,
  - el seguimiento implementado favorezca la continuidad de atención (calidad) solicitando la implicación comunitaria más que la de equipos móviles que provengan del servicio (accesibilidad): presionar a los equipos móviles solamente para prestaciones de alto nivel de tecnicidad y/o la supervisión de actividades comunitarias.

Ver también Logigrama nº 2: **De la referencia a la prestación: ayuda a la decisión** (parte [2.2.4](#)).



### 2.2.3 Sistema: políticas sectoriales

**Lo que la estrategia proyecto pretende de manera global:**

El servicio brinda de manera sostenida una prestación de rehabilitación física y funcional que impacta positivamente en la calidad de vida de los usuarios.

**Lo que pretende la estrategia de manera objetiva:**

Existe un plan nacional de rehabilitación que formaliza:

- el sistema o red dentro del cual está integrado el servicio,
- los mecanismos de regulación necesarios para la sostenibilidad del servicio y que pretenden orientar, divulgar y hacer vivir a través de los enfoques calidad,
- el contacto de los diferentes actores responsables e implicados (sectorial e intersectorial) y de los usuarios o sus representantes.

**Lo que la estrategia debe obtener:**

- Las necesidades de atención de rehabilitación están identificadas a nivel nacional, son priorizadas, y formalizadas en un plan acción dentro del cual encuentran su legitimidad las prestaciones propuestas por parte del servicio.
- El servicio se apropia y contextualiza los mecanismos de regulación y estandarización que define:
  - El marco dentro del cual están concebidas las organizaciones internas y son brindadas las prestaciones,
  - Los medios necesarios para la realización de las prestaciones,
  - Las prácticas mismasEl servicio forma igualmente parte de la evolución de estos mecanismos, especialmente tomando en cuenta el punto de vista de los usuarios.
- La sostenibilidad del servicio está garantizada a través de la participación de los tomadores de decisiones que garantizan la dotación y estabilidad de los recursos humanos y financieros.
- Los recursos humanos afectados al servicio son dedicados, adicionales más que desviados de otros servicios esenciales.
- La formación de los profesionales de rehabilitación es validada por parte de las autoridades de tutela, su estatus es formalizado y reconocido.
- Una cadena de abastecimiento de productos de consumo existe de manera sostenible, en adecuación con las actividades del servicio.

## Método: Taller sobre sostenibilidad<sup>55</sup>

Todos los actores de la rehabilitación física y funcional se reúnen teniendo como objetivo compartir una visión sectorial a corto, mediano y largo plazos para elaborar una estrategia de intervención común.

Esta estrategia se basa en el análisis y selección de indicadores marcadores de sostenibilidad, determinados según un Proceso de Análisis de Sostenibilidad.

Esta estrategia desea definir un plan de acción inter-actores que le permita al Ministerio de tutela elaborar o revisar un Plan Nacional de Rehabilitación donde se defina el lugar y el rol de cada uno, y priorizando los ejes de intervención.

Observación: Handicap International no puede asumir la responsabilidad final de todo el proceso hacia sostenibilidad, en la medida en que los retos dependen de dinámicas que requieren la participación largo plazo de cada uno de los actores, incluidos los actores de la cooperación internacional.

## Recomendaciones

El sector hace suyas las siguientes tres recomendaciones de la OMS:

### 1. Políticas y mecanismos de reglamentación:

- «Es necesario evaluar las políticas, los sistemas, servicios y mecanismos de reglamentación existentes, identificando las lagunas y prioridades para mejorar la prestación.
- Desarrollar o revisar los programas de rehabilitación nacionales en base a un análisis de la situación, para optimizar de manera sostenible las capacidades funcionales de la población.
- Cuando una política es establecida, hay que proceder a los cambios necesarios para garantizar su conformidad con la Convención (CDPD).
- Cuando ya no existen políticas, hay que elaborar e instaurar una legislación y los mecanismos de reglamentación que tengan en cuenta el contexto nacional y la CDPD. Es necesario definir prioritariamente reglas mínimas e implementar mecanismos de seguimiento».<sup>56</sup>

2. «Para que una política sea ejecutada, la misma debe sacarse de un presupuesto que tenga en cuenta el alcance de las medidas y prioridades definidas. El presupuesto asignado a los servicios de rehabilitación debe ser integrado al presupuesto ordinario de los Ministerios concernidos (a saber, en primer lugar, el Ministerio de Salud) y tomar en consideración las necesidades. Idealmente, el presupuesto de los servicios de rehabilitación sería difenciado, lo que permitiría identificar y controlar los gastos»<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> Handicap International, El proceso de análisis de la sostenibilidad: ejemplo de la rehabilitación física y funcional, Guía metodológica, 2012, pág. 33 y siguientes

<sup>56</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 139

<sup>57</sup> Idem, p. 121

3. «Hay que desarrollar mecanismos de financiamiento para ampliar la cobertura y el acceso a servicios de rehabilitación de un coste razonable. En función de la situación propia en cada país, podemos combinar los siguientes elementos:

- Un financiamiento centrado en las personas con discapacidad, con prioridad dada a los componentes esenciales de la rehabilitación (inclusive a las ayuda técnicas), y a las personas con discapacidad que no tienen los recursos para pagar.
- Promover un acceso equitativo para la rehabilitación, a través del seguro enfermedad.
- Ampliar la cobertura del seguro social.
- Un convenio de colaboración público-privado para la prestación de servicios.
- La reasignación y redistribución de los recursos existentes.
- Un apoyo a través de la cooperación internacional, incluyendo en situaciones de crisis humanitaria»<sup>58</sup>.
- La participación financiera del usuario debe ser prevista considerando la existencia de una política de tarificación elaborada por parte de las autoridades. Esta política debe ser definida en base al cálculo del coste real de la prestación, de la gratuidad total al pago total.  
Si se decide que el usuario debe participar, el proyecto desarrollado debe preocuparse por garantizar un acceso equitativo y razonable para todos los usuarios<sup>59</sup>.

Igualmente es importante considerar los siguientes puntos:

- Es necesario «dar una atención particular a la transferencia de conocimientos y competencias hacia los actores locales del sector de rehabilitación física y funcional, particularmente en la fase de retirada [de Handicap International], y garantizar un acompañamiento previendo un tiempo suficiente para que los socios se los apropien»<sup>60</sup>.
- Es necesario «anticipar las necesidades de formación de los profesionales de rehabilitación física y funcional para la fase inicial del proyecto e igualmente para largo plazo considerando las necesidades del país. Es importante, desde el inicio del proyecto, haber identificado a los socios que puedan elaborar programas de formación o acompañar a los organismos de formación en la construcción a largo plazo de **competencias de formación**, después de la intervención de Handicap International»<sup>61</sup>.

La anticipación de las necesidades de formación e identificación de socios formadores deben ser seguidas:

- por la elaboración de un currículo de formación que cumpla cada vez que sea posible las normas internacionales,
- por el reconocimiento institucional de este currículo.

---

<sup>58</sup> Idem, p. 139

<sup>59</sup> Handicap International, el acceso a los servicios para las personas con discapacidad, Ficha técnica Acceso Financiero, 2010, págs. de la 90 a la 93

<sup>60</sup> Handicap International, Processes and approaches to enable sustainable access to quality rehabilitation services, recommendations, 2012, p. 27

<sup>61</sup> Idem, p. 25

Idealmente, esta primera etapa de un proyecto de formación debe ser finalizada **antes del inicio de las acciones de formación**. Sin embargo, en algunos contextos, es difícilmente previsible haber alcanzado estos resultados para iniciar efectivamente las acciones de formación que anteceden a las prestaciones de rehabilitación física y funcional (Ver [2.3.4 Carencias de recursos humanos](#)).

- Una vez formados, los profesionales de rehabilitación física y funcional deben ser acompañados en su práctica para confirmar la adquisición de sus competencias (tutoría clínica, capacitación continua).
- Es necesario suscitar la emergencia de una identidad profesional a través de la práctica de la profesión e igualmente del apoyo para la creación de asociaciones profesionales reconocidas.
- Calidad de vida: es necesario desarrollar y reproducir estudios que conciernan al impacto de la rehabilitación física y funcional sobre la calidad de vida de los usuarios. Un primer estudio de este tipo se llevó a cabo en Togo en el 2009 por parte de Handicap International. Este estudio que utilizó el PPD como base conceptual de análisis podría servir de modelo de elaboración de nuevos estudios con una misma metodología para «producir pruebas comparables y utilizables con el fin de medir el impacto, planificar programas y movilizar los recursos»<sup>62</sup>.

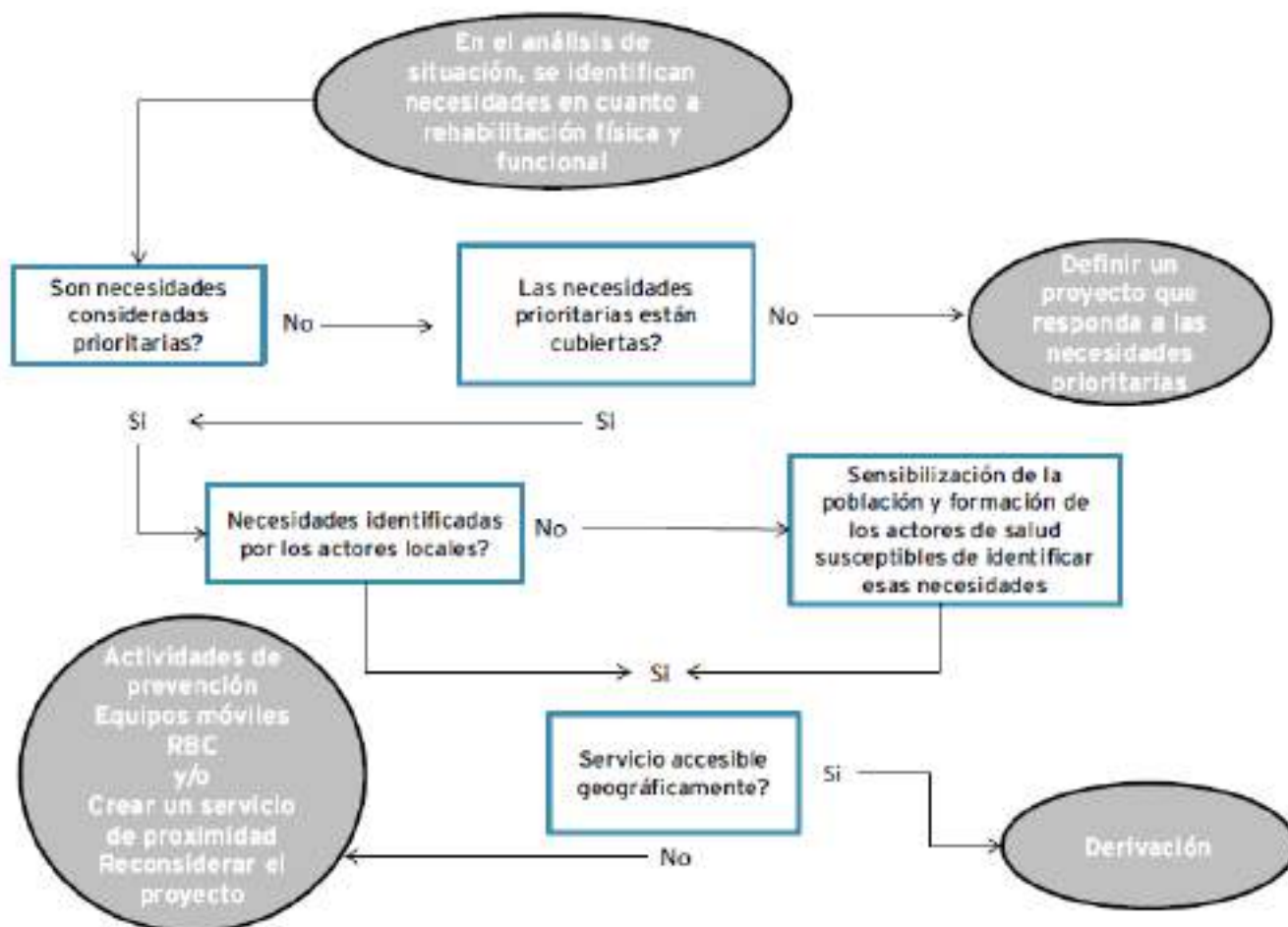
Ver igualmente Logigrama nº 3: **De la prestación de calidad a la prestación viable y sostenible: ayuda a la decisión** (parte [2.2.4](#)).

---

<sup>62</sup> Handicap International, Tublu Y., Impacto de las atenciones de rehabilitación en la inserción social de las personas con discapacidad en Togo: encuesta a 30 personas amputadas de miembro inferior, 2009

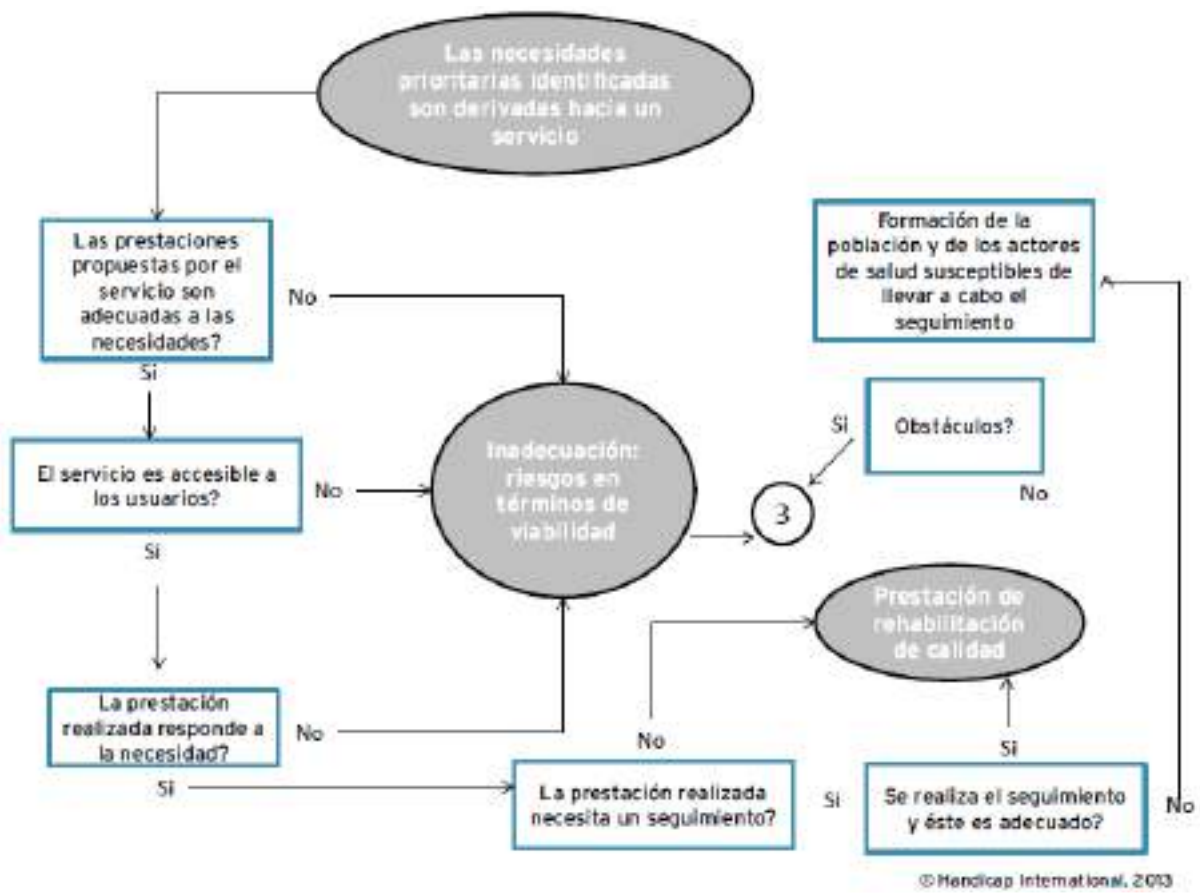
## 2.2.4 Resumen: logigramas

### ① De la identificación a la referencia: ayuda a la decisión

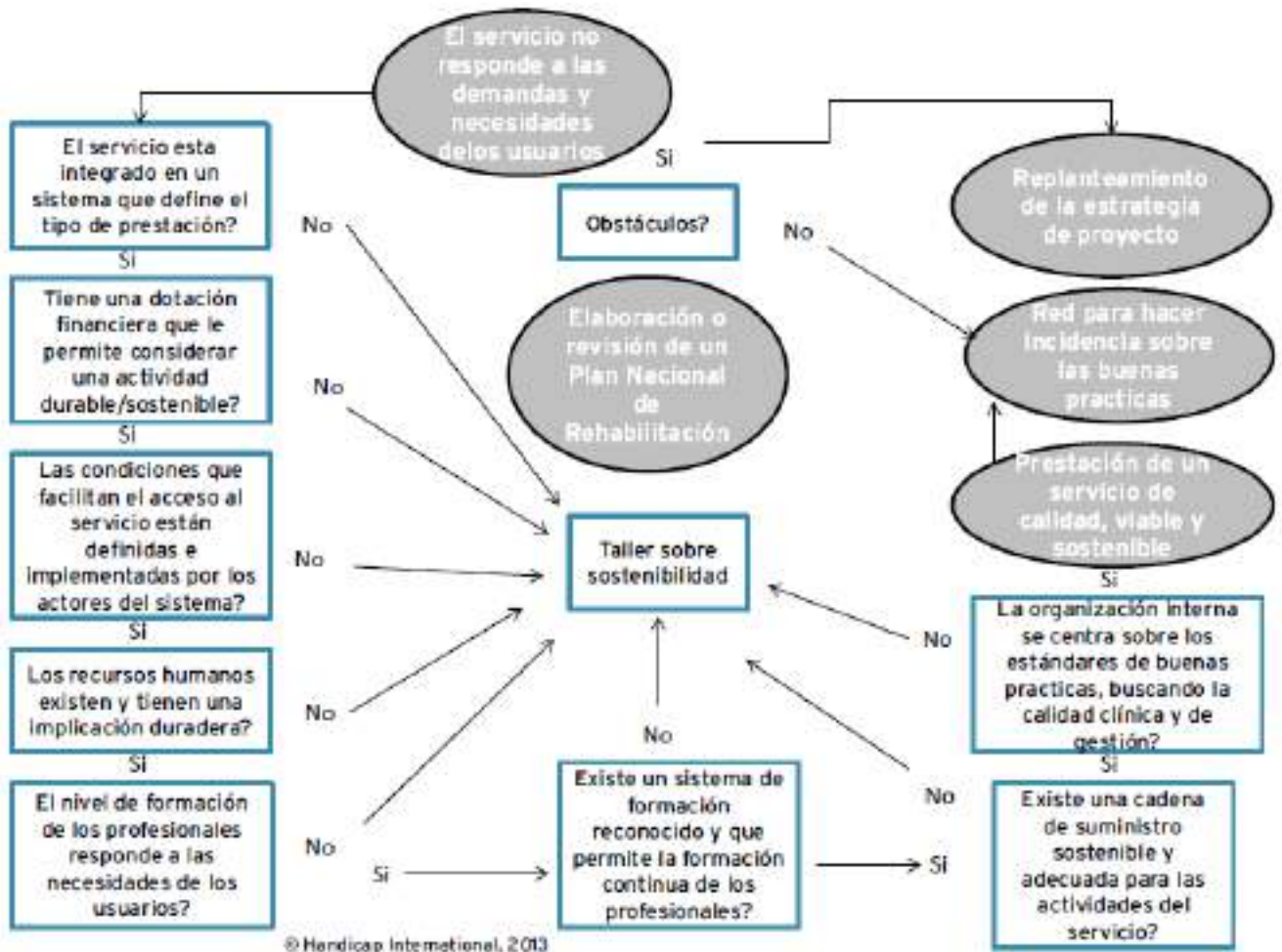


© Handicap International, 2013

2 De la referencia a la prestación: ayuda a la decisión



3 De la prestación de calidad a la prestación viable y sostenible:  
ayuda a la decisión



## 2.2.5 Red e incidencia política, de lo nacional a lo internacional

Handicap International está posicionado como uno de los actores líderes de la rehabilitación física y funcional, tanto en las situaciones humanitarias hasta en los contextos de desarrollo.

Colaborando regularmente con grupos de trabajo, Handicap International ha desarrollado una estrecha relación con el equipo «Discapacidad y rehabilitación» de la OMS, especialmente para participar activamente en la producción del Informe Mundial sobre Discapacidad, documento de referencia ampliamente mencionado aquí, o el Documento de Consenso sobre las Ayudas para la Movilidad, publicado recientemente<sup>63</sup>.

Aunque esta colaboración le ha permitido utilizar su influencia para apoyar la elaboración de recomendaciones sobre los retos relativos a la rehabilitación, Handicap Internacional considera necesario desarrollar hoy una incidencia política más centrada en la promoción de la **rehabilitación física y funcional en la salud**.

Por consiguiente, es necesario identificar e implicar a las redes de salud a través de una incidencia política eficaz, para defender la continuidad de servicio a través de una mejor integración de la rehabilitación física y funcional, a menor coste y cualquiera que sea el contexto.

### Las redes

Ser visible en las redes, ser conocido y tener reconocimiento, permite desarrollar algunas acciones:

- Difundir innovaciones y lecciones aprendidas para promover buenas prácticas y calidad, lo que supone:
  - una capacidad de recopilación de datos fiables que permitan hacer comparaciones según una metodología probada y validada, e incluso acciones de investigación para validar las prácticas.
  - la voluntad y las capacidades para evaluar los proyectos: «nos comprometemos a hacer objetivos los resultados de nuestras acciones, y medir el impacto de nuestras actividades en los beneficiarios finales»<sup>64</sup>.
  - un análisis y síntesis de los datos que conduzca a un posicionamiento.
  - oportunidades de comunicación específica: «nos esforzamos por mantener informados con rigor a las diferentes partes participantes de nuestra acciones: los beneficiarios, las autoridades de los países de intervención, la opinión pública, nuestros donantes y simpatizantes así como a nuestros apoyos profesionales e instituciones»<sup>65</sup>. «Se necesitan mejores datos sobre la prestación de servicios, los resultados de los

---

<sup>63</sup> OMS, Documento de síntesis conjunto sobre el suministro de dispositivos de ayuda para la movilidad en las regiones con bajos ingresos, 2012

<sup>64</sup> Handicap International, Principios relativos al enfoque calidad e impacto, in Mission, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 12

<sup>65</sup> Handicap International, Principios relativos a la responsabilidad y transparencia, in Mission, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 15



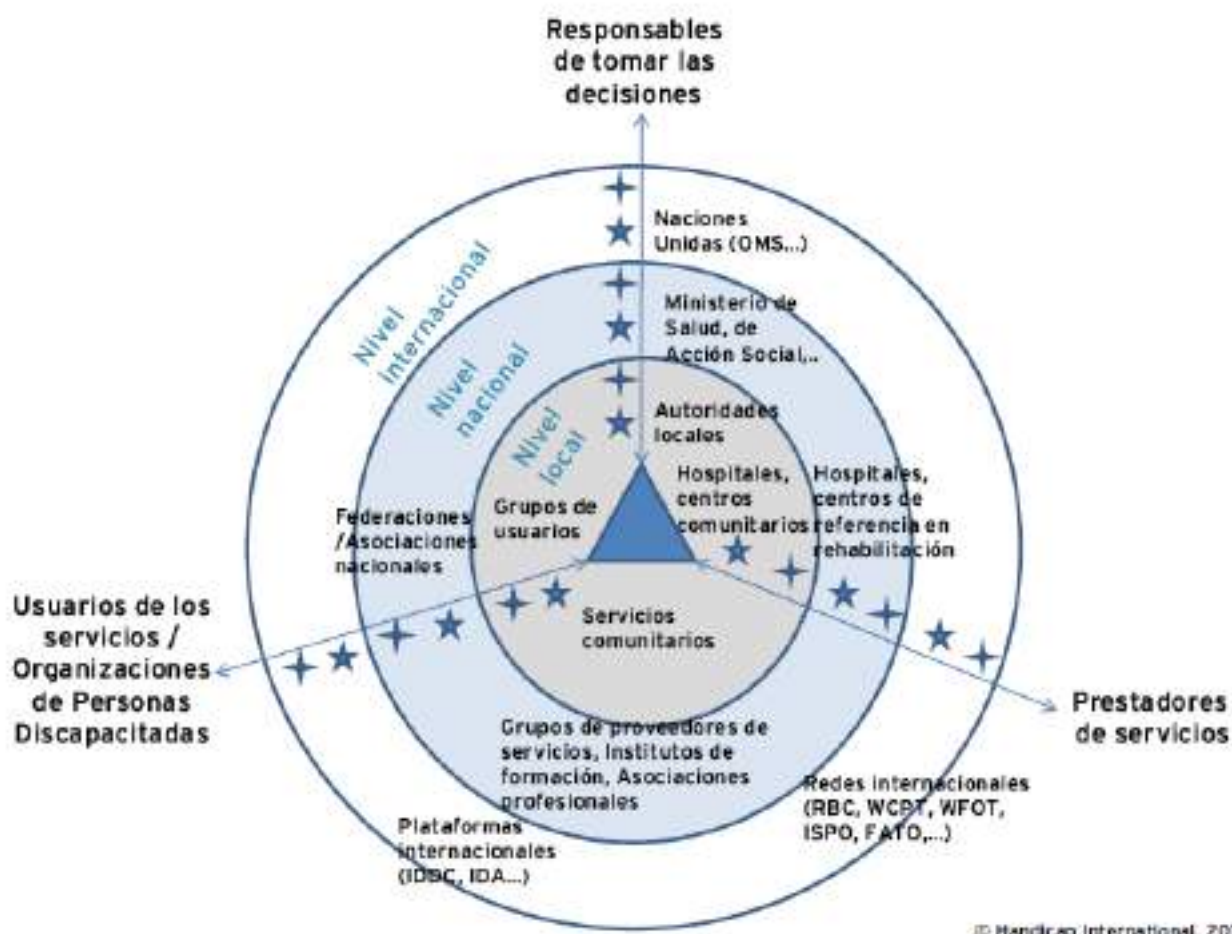
servicios y beneficios económicos de la rehabilitación. Los datos que prueban la eficacia de las intervenciones y de los programas son sumamente beneficiosos para guiar a los tomadores de decisiones en el desarrollo de los servicios adecuados»<sup>66</sup>.

- Desarrollar colaboraciones, mecanismos de coordinación y convenios de colaboración para fortalecer nuestros conocimientos, facilitar las acciones en el terreno y, eventualmente, para conseguir más y mejores financiamientos:
  - Buscar la ejecución conjunta proyectos con otros actores de la rehabilitación, para una plusvalía técnica con miras a un mayor impacto en el país.
  - Prever un acercamiento con otros organismos que deseen acuerdos-marcos de sede a sede para realizar alianzas estratégicas.
  - Contactar universidades y centros de investigación así como desarrollar protocolos de investigación sobre temáticas del sector para obtener una garantía científica que facilite la publicación.
  - Movilizar la competencia académica para la elaboración de programas de formación y movilización de formadores.
- Hacerse oír para ejercer influencia en el debate sobre los retos relacionados con la promoción de la rehabilitación y su financiamiento, promover las buenas prácticas con el fin de ejercer influencia en las políticas que favorezcan el acceso a los servicios de rehabilitación.

---

<sup>66</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 137

## Red: actores a movilizar para la rehabilitación física y funcional



✦ Donantes

★ Organismos de facilitación: Organizaciones (OI, ONG...), Agencias, Universidades, Centros de Investigación, que facilitan la existencia de programas de rehabilitación física y funcional a través de proyectos de envergadura internacional y nacional.

Con el objetivo de poder conseguir el máximo número de contactos dentro de las redes, el sector tiene recursos técnicos específicamente posicionados:

- el Coordinador Técnico, posicionado como apoyo a nivel local, con función representativa a nivel nacional y potencialmente regional,
- el Referente Técnico, posicionado a nivel regional e internacional

Cuanto más relacionados entre sí están los actores, de un mismo nivel o de diferentes niveles, más efecto pueden producir las acciones de incidencia política.

## La incidencia política



«La legitimidad de nuestras acciones de testimonio e incidencia política se basa en nuestra experiencia de terreno y nuestro compromiso junto a la población. Fundadas en necesidades y hechos, estas acciones deben poder lograr ser útiles a los beneficiarios de nuestras acciones. (...)

La incidencia política es un elemento-palanca complementario a nuestra acción de solidaridad, que lucha por promover un ambiente político favorable a la mejora de las condiciones de vida y al ejercicio de los derechos de nuestros públicos beneficiarios.

A nivel internacional, ejercemos directamente nuestra acción de incidencia política. En nuestros países de intervención, por el contrario, favorecemos que tomen la palabra la palabra individuos y organizaciones locales»<sup>67</sup>.

**Los mensajes clave** a transmitir en las redes deben ser divulgados por parte del sector, cuando se trate de temáticas específicas, y por toda la Dirección de Recursos Técnicos y Discapacidad cuando son de alcance más global:

- La rehabilitación, esencial para garantizar una continuidad de atención de las necesidades de salud, en el transcurso de la vida, para las personas con discapacidad.
- La salud como un derecho para todos a tener una vida digna: las políticas de salud deben ir más allá de la prevención y de las atenciones de supervivencia, y aspirar a la obtención de una mejor calidad de vida.
- Las injusticias a las que se enfrentan las personas con discapacidad son puestas en evidencia para promover la necesidad del cumplimiento de los principios de igualdad en el acceso a la salud.
- Salud para todos: servicios de salud inclusivos, no discriminatorios.

### **Los ejes de la incidencia política para la rehabilitación física y funcional**

- Los numerosos debates que conciernen a la falta de personal de salud (*Health Workforce Shortage*) deben incluir el tema del personal de rehabilitación física y funcional, de su formación y de su integración en los sistemas de salud.
- Los foros de salud que conciernen especialmente a las enfermedades no transmisibles o a las enfermedades tropicales descuidadas deben integrar en sus recomendaciones las necesidades de las personas con discapacidad y hacer referencia a los servicios de rehabilitación física y funcional.
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que serán elaborados a partir del 2015 deben integrar las necesidades de las personas con discapacidad, e idealmente deben hacer referencia a los servicios de rehabilitación física y funcional.

---

<sup>67</sup> Handicap International, Principios relativos al testimonio e incidencia política, in Mission, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 13

## Las temáticas de incidencia política para el sector

- Políticas, estrategias nacionales y posicionamiento de la rehabilitación física y funcional con relación a las prioridades de salud: demostrar que integrar la rehabilitación física y funcional en las estrategias de salud y, por consiguiente, invertir en este campo es un recurso para responder a los ODM, al mismo tiempo que se reducen los costes a medio y largo plazo, especialmente en lo referente a la atención de las incapacidades crónicas.
- Recursos humanos: hacer incidencia política para el incremento de las competencias, el reconocimiento de las formaciones y estatus, la difusión de medidas incentivadoras que favorezcan la valorización y retención de los profesionales de rehabilitación física y funcional.
- Promover la calidad de las organizaciones de servicios y de las prácticas profesionales. Garantizar la calidad de las tecnologías, que deben ser apropiadas, y la fiabilidad, así como la sostenibilidad de las cadenas de aprovisionamiento.
- Financiamiento: una oportunidad de financiamiento no justifica el inicio de un proyecto de rehabilitación. Es necesario que responda a los retos relacionados con la promoción de la rehabilitación física y funcional, así como también es necesario que las instancias de financiamiento garanticen los recursos necesarios para que el desarrollo del proyecto tenga una proyección a largo plazo, particularmente en los contextos de gran pobreza<sup>68</sup>.

## Los medios de acción

### Redes

- Fortalecer los lazos en el seno de las redes convencionales de rehabilitación física y funcional: la creación de alianzas es una garantía adicional de éxito (ver esquema sobre los actores de la red).
- Centrarse en las redes influyentes que conciernen a los retos de la rehabilitación física y funcional:
  - Comunidad de la Salud (salud materno-infantil, enfermedades no transmisibles...),
  - Alianza Mundial de Profesionales de Salud,
  - Rehabilitación y las redes del espacio humanitario (emergencias, clusters UN),
  - Movimientos «Discapacidad y Sociedad Civil»,
  - Movimiento Post ODM.
- Observar la importancia de activar «las redes del Sur» cuando existan, ellas son implicadas directas y suelen ser eficaces para movilizar sobre cambios de prácticas en contextos complicados (ejemplo: Federación Africana de Técnicos Ortoprotésistas - FATO - sobre los retos de sostenibilidad en los países africanos que no tienen Planes Nacionales de Rehabilitación).

---

<sup>68</sup> Handicap International, El acceso a los servicios para las personas con discapacidad, Análisis de los contextos, 2010, págs. 37-38

## **Planes Nacionales de Rehabilitación**

- Fortalecer el intercambio de buenas prácticas entre países respecto al interés de elaborar un Plan Nacional de Rehabilitación, comparar estas prácticas con las normas y marcos de intervención internacionales.
- Movilizar y facilitar a nivel nacional una reflexión inter-actores sobre los retos de la sostenibilidad del sector, para dotarse de una visión común y de un plan de acciones que incluya objetivos e indicadores. Verificar que cada uno de los actores tenga su lugar en el seno del dispositivo (Ver [2.2.3 Sistema: políticas sectoriales / taller sostenibilidad](#)).
- Aliarse a las asociaciones de profesionales y a los grupos de servicios para hacer incidencia política ante gobiernos sobre el interés de promover un Plan Nacional de Rehabilitación.

**Estudios, recopilación de datos, investigaciones** basadas en los consensos establecidos científicamente o en las pruebas (Práctica basada en la evidencia), sobre las temáticas consideradas prioritarias, para la divulgación en las redes:

- Calidad de vida: los análisis deben medir el impacto de una prestación de rehabilitación física y funcional, o de su ausencia, sobre el funcionamiento de las personas con discapacidad en su entorno.
- Estudios sobre economía de la salud y/o estudios costes / beneficios:
  - Coste de la rehabilitación física y funcional para el usuario,
  - Coste de la rehabilitación física y funcional en el seno del sistema de salud.
- Recursos humanos.

Estos estudios deben ayudar a dar a conocer los beneficios obtenidos en términos de salud pública con respecto al número de personas que pudieron beneficiarse de una prestación de rehabilitación física y funcional.

## 2.3 Los profesionales de rehabilitación física y funcional



«Handicap International apoya la emergencia de filiales profesionales de rehabilitación y formación local de los profesionales, como enfoque que contribuye a la viabilidad de servicios de calidad en los contextos de reconstrucción y desarrollo. La calidad y pertinencia de las formaciones iniciales, de la capacitación continua y la nivelación de los profesionales constituirán una preocupación creciente de nuestra acción de terreno. El apoyo a las asociaciones profesionales, nacionales o regionales, a cargo de las acreditaciones (control de calidad) y responsables de su reconocimiento constituye también una prioridad para los próximos cinco años»<sup>69</sup>.



<sup>69</sup> Handicap International, La estrategia 2011-2015, 2.4: Objetivos prioritarios, 2011

### 2.3.1 Las diferentes profesiones

Lista de las profesiones o actores alrededor de la rehabilitación física y funcional, ordenados según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)<sup>70</sup>.

Código CIUO	Categorías	Profesiones específicas	Sectores de Handicap Internacional relacionados
<b>22</b>	<b>Especialistas de la salud</b>		
2211	Médicos generales		Salud
2212	Médicos especialistas	Médicos de rehabilitación	Rehabilitación
		Cirujanos*	Salud & Rehabilitación
2221	Enfermeros licenciados (o enfermeros especializados)	Enfermeros de rehabilitación	Salud & Rehabilitación
2222	Parteras o matronas		Salud
2264	Fisioterapeutas (kinesiterapeutas)		Rehabilitación
2265	Dietistas y nutricionistas		Salud
2266	Fonoaudiólogos, ortofonistas, logopedas, terapeutas del lenguaje y la comunicación.	Fonoaudiólogos, ortofonistas, logopedas, terapeutas del lenguaje y la comunicación.	Rehabilitación
2269	Especialistas de la salud no clasificados en otra parte	Terapeutas ocupacionales	Rehabilitación
		Psicomotricistas	Rehabilitación
		Ortoprotesistas**	Rehabilitación
		Podo-ortesisistas**	Rehabilitación

\*Interés según el tipo de especialista y priorización para la cirugía ortopédica y reconstructiva<sup>71</sup>

\*\* No considerados como especialistas de la salud en la clasificación CIUO.

<sup>70</sup> Organización Internacional del Trabajo, 2008:  
[www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm](http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm)

<sup>71</sup> Handicap International, Estrategia simplificada, 2.4.2: Acceso de las personas con discapacidad a los servicios de rehabilitación en las situaciones de reconstrucción y desarrollo, 2011

Código CIUO	Categorías	Profesiones específicas	Sectores de Handicap International relacionados
<b>32</b>	<b>Profesiones intermedias de la salud</b>		
3214	Técnicos de prótesis médicas y dentales	Ortoprotesistas	Rehabilitación
		Podo-ortesisistas	Rehabilitación
322	Personal enfermero y parteras		Salud & Rehabilitación
3253	Promotores de salud comunitaria		Salud, Rehabilitación & Servicios Sociales*
3255	Técnicos y asistentes de fisioterapia o de rehabilitación		Rehabilitación

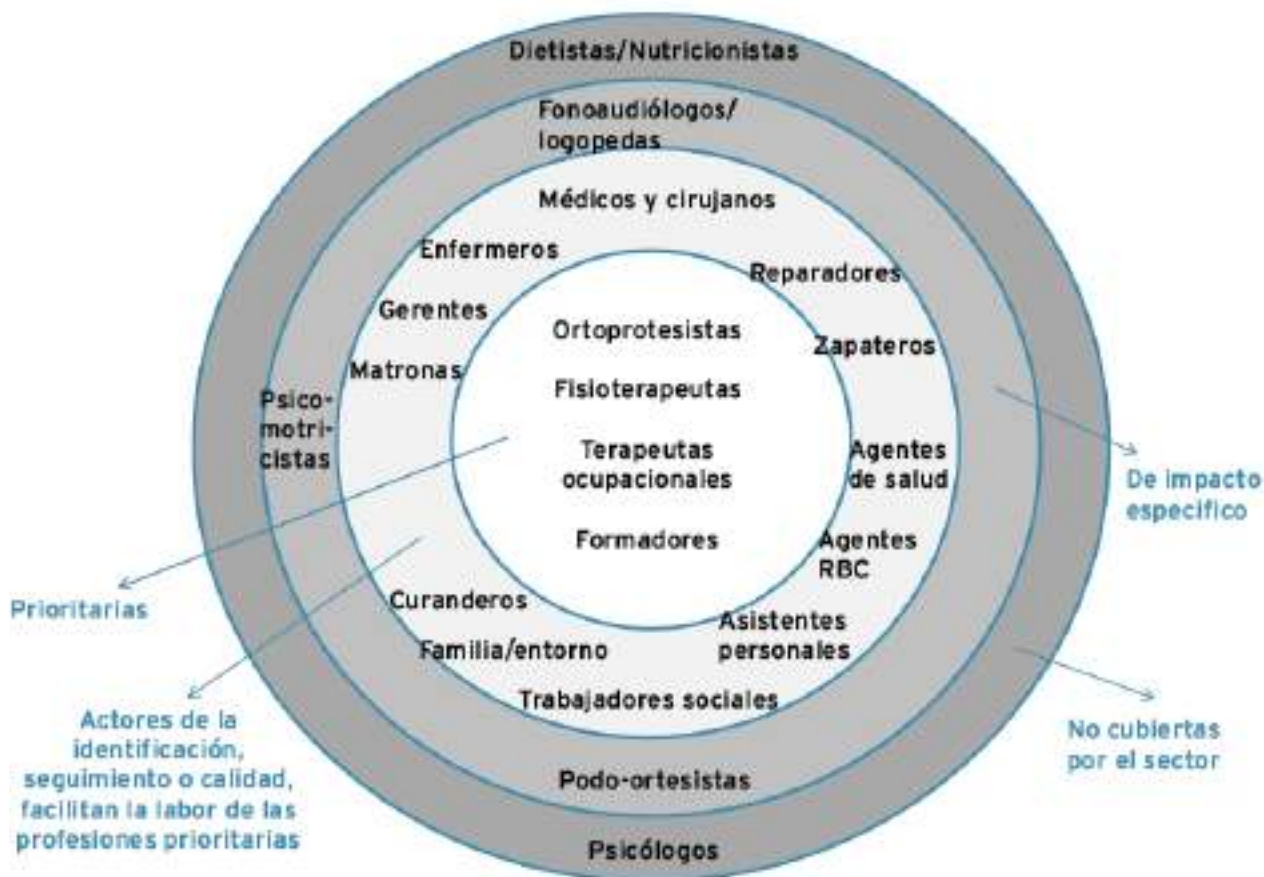
\* Dominio Sector «Servicios Sociales, Económicos y Educación».



Código CIUO	Categorías	Profesiones específicas	Sectores de Handicap International relacionados
<b>Profesiones de apoyo</b>			
5322	Auxiliares de enfermería a domicilio	Asistentes de vida	Salud, Rehabilitación & Servicios Sociales
5329	Cuidadores y similares, no clasificado en otra parte	Curandero	Salud & Rehabilitación
7... No referenciado	Obreros ortoprotésistas		Rehabilitación
7212	<b>Soldadores y oxicortadores, reparadores</b>	Reparadores de ayudas a la movilidad (sillas de ruedas)	Rehabilitación
7522	<b>Ebanistas, carpinteros &amp; similares</b>		Rehabilitación
7536	Zapateros & similares	Zapateros	Rehabilitación
<b>Actores de proximidad</b>			
No referenciados	Promotores de Rehabilitación con Base en la Comunidad		Todos los sectores
	Grupos comunitarios		Todos los sectores
	Allegados	Familia & amigos	Todos los sectores
<b>Profesiones complementarias</b>			
1342	Cuadros de dirección	Servicios de salud	Salud & Rehabilitación
1343		Servicio para las personas de edad avanzada	Salud, Rehabilitación & Servicios Sociales
2310	Profesores de universidad e instituciones de formación superior	Formadores	Salud & Rehabilitación
2320	Profesores de formación técnica y profesional		Salud & Rehabilitación
2634	Psicólogos		Salud
3412	Profesiones intermedias del trabajo social		Servicios sociales

## 2.3.2 Las profesiones apoyadas por parte del sector

### Priorización de las profesiones en relación con la rehabilitación física y funcional



© Handicap International, 2010

### Las profesiones «objetivo principal» para Handicap International

Handicap International tiene por principio<sup>72</sup> la necesidad de que los proyectos implementados tengan un «impacto lo más amplio posible (...) en las condiciones de vida de los beneficiarios finales».

Las profesiones consideradas prioritarias por el sector responden a este principio y satisfacen las necesidades de la mayoría.

- Trabajando en los dominios de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, **el fisioterapeuta** se interesa por identificar y maximizar la calidad de vida y el potencial de movimiento, está preocupado por la

<sup>72</sup> Handicap International, Principios relativos a los beneficiarios y niveles de intervención, en Misión, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 10

identificación y optimización de la calidad de y del **potencial de movimiento**, buscando el bienestar físico, psicológico, emocional y social. La fisioterapia implica la interacción del profesional con los usuarios, las familias y los demás profesionales de salud, para elaborar un proceso de evaluación y análisis de las necesidades del usuario, un diagnóstico y una estrategia terapéutica. Para ayudar al movimiento, la fisioterapia utiliza técnicas manuales, ejercicios terapéuticos, equipamientos ortopédicos especializados<sup>73</sup>.

Al ser susceptible de intervenir en todos los campos patológicos, de lo agudo a lo crónico, el fisioterapeuta es un profesional imprescindible de la rehabilitación física y funcional.

- **El terapeuta ocupacional** se interesa por la **utilización terapéutica de las actividades** de la vida cotidiana de los individuos o los grupos, para facilitar la participación en los roles apropiados en la casa, la escuela, el trabajo, la comunidad, a través del esparcimiento y de las actividades lúdicas. En estos contextos variados, la terapia ocupacional se dirige a las funciones físicas, cognoscitivas, psicosociales, sensoriales, así como a otros aspectos relacionados con la ocupación, para apoyar la participación en actividades de la vida cotidiana. Las intervenciones en terapia ocupacional pueden dirigirse a la persona (mejoría de las capacidades motoras, cognoscitivas, psicosociales), al entorno (consejos para las ayudas al desplazamiento, consejos a los familiares para mejorar la asistencia), a la participación social (participación en la evaluación para mejorar el aprendizaje o retomar una actividad laboral), o una combinación entre las tres según las necesidades<sup>74</sup>.

Considerando el proceso de rehabilitación y la necesaria visión de la discapacidad más amplia que la centrada únicamente en las capacidades físicas, la promoción de la terapia ocupacional es fundamental en nuestros proyectos.

- **El ortoprotesista** contribuye a la compensación de la discapacidad y a la corrección de los trastornos funcionales y deficiencias, a través de la **fabricación de un equipamiento ortopédico para reemplazar** (prótesis) un segmento de un miembro corporal, **o apoyar** (ortesis) **una parte deficitaria del cuerpo** (miembros y tronco)<sup>75</sup>.

Aporta sus conocimientos, especialmente en el marco de consultas multidisciplinares a través de la evaluación de la persona y la realización de una revisión física, funcional y situacional. Acompaña a la persona en las diferentes etapas de adquisición su equipamiento ortopédico, estableciendo una relación personalizada especialista / paciente.

Igualmente, el ortoprotesista aconseja, fabrica, adapta y entrega ayudas técnicas.

Según el contexto, recurre a otro tipo de trabajadores (obrero, carpintero, soldador).

Capaz de realizar todo tipo de equipamiento ortopédico, el ortoprotesista es un profesional imprescindible de la rehabilitación física y funcional.

---

<sup>73</sup> World Confederation for Physical Therapy: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).

<sup>74</sup> World Federation of Occupational Therapists: [www.wfot.org](http://www.wfot.org).

<sup>75</sup> International Society for Prosthetics and Orthotics: [www.ispoint.org](http://www.ispoint.org).

**Observación:** con el fin de responder a las necesidades de calzado relacionadas con la epidemia de la diabetes y paliar la ausencia de profesionales podólogos-ortésistas<sup>76</sup>, es deseable que el ortoprotesista adquiera competencias en equipamiento ortopédico del pie a través de la capacitación continua (un trabajo de estandarización de esta profesión está en proceso a nivel europeo entre las corporaciones de zapateros, podólogos-ortésistas y la ISPO).

- **El formador** es indispensable para la emergencia de los profesionales de rehabilitación, su renovación y mantenimiento o perfeccionamiento de su nivel de competencias. Es uno de los elementos claves del dispositivo que pretende la disponibilidad sostenible de recursos humanos competentes. Cuando se trata de formación clínica, el formador proviene de una de las profesiones mencionadas.

## Las profesiones de apoyo

Éstas facilitan el trabajo de las profesiones «objetivos principales» y mejoran la calidad e impacto de sus prestaciones (pertinencia y continuidad de atención...).



### Los médicos

#### Dos niveles posibles de intervención:

- **Médico generalista:** sensibilización sobre formación inicial, continua o en el marco del ejercicio profesional para promover la rehabilitación y mejorar las prestaciones de identificación / referencia.
- **Médico especialista en rehabilitación:** promoción del desarrollo de la competencia y apoyo para la creación o el fortalecimiento de la especialidad en capacitación continua. Solicitud de socios fuera de Handicap International considerando el proceso formal de formación muy burocrático para ser apoyado por parte del sector. Por extensión, promoción de la adquisición de competencias centradas en ortopedia para los cirujanos (ejemplo: un buen nivel de amputación facilita el equipamiento ortopédico).

## Las profesiones con impacto muy concreto

Estas profesiones intervienen en un número restringido de deficiencias e incapacidades. Además, no existen competencias en el seno de Handicap International para promoverlas.

Se han llevado a cabo algunos proyectos relacionados con la ortofonía o logopedia y la psicomotricidad. Considerando que la promoción de una profesión es un proceso burocrático que necesita un compromiso a largo plazo, la implementación de una estrategia para la promoción de estas profesiones debe garantizar que:

---

<sup>76</sup> Handicap International, La diabetes y los demás factores de riesgo cardiovascular, 2012, págs. 56-63

- las profesiones «objetivo principal», de amplio espectro, que responden a un gran número de necesidades y son susceptibles de tener un «impacto lo más amplio posible» existen, son reconocidas y no necesitan un acompañamiento consecuente,
- la necesidad existe, formalizada por una demanda local,
- existen socios técnicos para garantizar un nivel de competencia adaptado y sostenible.

## Resumen

Las profesiones que permiten responder a las necesidades más amplias (impacto) tales como la fisioterapia, la terapia ocupacional y las profesiones del equipamiento ortopédico deben ser consideradas como prioritarias.

La promoción de cualquier otra profesión de rehabilitación debe ser garantizada a través de un análisis situacional que valide su pertinencia, considerando como requisito previo la existencia de profesiones llamadas prioritarias y la calidad de su plan de formación.

### 2.3.3 Profesiones, competencias y normas

Las competencias de algunas profesiones de rehabilitación física y funcional están formalizadas en documentos elaborados por parte de las organizaciones internacionales profesionales correspondientes. Estos documentos establecen normas de referencia a alcanzar o cumplir.

Sin embargo, no todas responden de la misma manera a los retos de los países en vías de desarrollo. Cuando la norma pretendida no es realista, Handicap International debe afirmar su propio posicionamiento y recopilar las buenas prácticas de los proyectos existentes con el fin de explotarlas para ejercer influencia, a través de las redes, en la elaboración de documentos de referencia adecuados.

#### **Profesiones que se benefician de documentos de referencia de nivel internacional adecuados a los países en vías de desarrollo:**

- Los ortoprotésistas, categorizados en dos niveles de clínico (avanzado o universitario e intermedio) y un nivel técnico (elemental)<sup>77</sup>. Sin embargo, hay que observar que en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) solo están clasificados en el nivel intermedio.
- La terapia ocupacional que define una base común accesible a cualquier contexto a partir de la cual son previstas calificaciones adicionales según los países<sup>78</sup>.
- Las profesiones alrededor de los servicios de ayudas a la movilidad (sillas de ruedas), explícitas en un documento de referencia que incluye módulos de formación<sup>79</sup>.

#### **Profesiones que se benefician de documentos de referencia de nivel internacional difícilmente adecuadas a los países en vías de desarrollo:**

- Los fisioterapeutas con una recomendación de nivel de formación en máster<sup>80</sup>.

---

<sup>77</sup> OMS, Guía para la formación del personal de los servicios de prótesis y de ortesis en los países en vías de desarrollo, 2009

<sup>78</sup> WFOT, Declaración de posición sobre las calificaciones básicas en terapia ocupacional, 2009

<sup>79</sup> OMS, Guía para los servicios de sillas de ruedas en las regiones con bajos ingresos, 2008

<sup>80</sup> World Confederation for Physical Therapy, Policy Statement on Education, 2011

## Aclaración

Cuando se trata de promover la emergencia de una profesión o participar en el fortalecimiento de sus competencias propias, Handicap International promueve el cumplimiento de los documentos de referencia existentes, validados por las asociaciones de profesionales *correspondientes*.

Sin embargo, considerando que «buscamos la ejecución de soluciones contextualizadas y realistas»<sup>81</sup>, Handicap International defiende la idea de la necesaria adecuación entre los niveles de competencias esperadas y la realidad contextual de los países en los cuales interviene la asociación. Esta es la razón por la cual Handicap International aboga por el reconocimiento y promoción de un nivel intermedio en fisioterapia en los países donde el nivel de formación exigido por la WCPT es inaccesible<sup>82</sup>.

En consecuencia, según los contextos, las profesiones consideradas prioritarias por parte de Handicap International pueden ser apoyadas para desarrollar competencias de nivel especialista, intermedio o de asistencia.

---

<sup>81</sup> Handicap International, Principios relativos a los modos de intervención, in Mission, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, p. 11

<sup>82</sup> Posicionamiento de Handicap International sobre las formaciones de nivel intermedio en fisioterapia, 2007

## 2.3.4 Carencias de recursos humanos



«Buscamos la ejecución de soluciones contextualizadas y realistas. Al rechazar los enfoques estereotipados, analizamos las especificidades de una situación para identificar, en el campo de lo posible, las acciones y el modo operativo mejor adaptados»<sup>83</sup>.

«La formación de profesionales [de la rehabilitación] así como otras categorías de personal de salud, en los países en vías de desarrollo, puede resultar más compleja que en los países desarrollados. Debe tener en cuenta la ausencia de otros médicos que pueden garantizar las consultas o dar consejos, así como falta de servicios médicos, de tratamientos quirúrgicos y atenciones de seguimiento en las estructuras de atención de salud primaria. El personal de rehabilitación que trabaja en un ambiente pobre de recursos debe tener conocimientos profundos sobre las patologías y serias competencias para la solución de problemas, así como realizar un buen diagnóstico, tomar decisiones clínicas y comunicar»<sup>84</sup>.

En algunos contextos estamos enfrentados a una paradoja, en la medida en que es necesario promover un campo de competencias ampliado de los profesionales de rehabilitación física y funcional para compensar la ausencia de otras profesiones, al mismo tiempo que la carencia de recursos humanos se acompaña a menudo de:

- Un bajo nivel de educación,
- Una comprensión a veces influenciada por creencias tradicionales,
- Una comprensión limitada de problemáticas de la salud y la discapacidad.

Reflexionar sobre las soluciones que permitan promover la rehabilitación física y funcional en esta situación necesitará combinar tres parámetros:

- El **conocimiento y reconocimiento** de la rehabilitación física y funcional por parte de la población y los profesionales de salud,
- Las **competencias** adecuada en rehabilitación física y funcional,
- Las **acciones o prestaciones** de rehabilitación física y funcional realistas y adaptadas.

### Propuestas de acciones

- Sensibilizar / informar a las poblaciones y a los profesionales de salud sobre los retos y la importancia de la rehabilitación física y funcional en términos de bienestar y salud pública condición necesaria para la valorización de sus profesiones.
- «Formar a los profesionales de salud no especializados (médicos, enfermeros, personal de atención de salud de nivel primario) sobre los aspectos relacionados

<sup>83</sup> Handicap International, Principios relativos a los modos de intervención, in Mission, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual, 2010, pág. 11

<sup>84</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 122



con la discapacidad y rehabilitación, habida cuenta de su rol y de sus responsabilidades»<sup>85</sup>.

- Fortalecer el ciclo 'de identificación / referencia / prestación / seguimiento' a través de un enfoque sistémico que haga trabajar juntos a los profesionales de salud, rehabilitación física y funcional incluida.
- Para compensar la ausencia frecuente de competencias médicas supuestamente encargadas de prescribir la rehabilitación, se recomienda favorecer el trabajo multidisciplinario (consultación colectiva **intersectorial** en rehabilitación entre los ortoprotesistas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales cuando existen): sensibilización relativa a la formación inicial sobre el interés de «trabajar juntos» y del trabajo del otro.
- Desarrollar un enfoque comunitario para estructurar los mecanismos de identificación / referencia / seguimiento: «en los entornos pobres de recursos, [la rehabilitación] puede recurrir a no especialistas, tales como promotores de Rehabilitación con Base en la Comunidad, [trabajadores sociales], además de la familia, los amigos y los grupos comunitarios»<sup>86</sup>.
- Desarrollar estrategias iniciativas para que los profesionales acepten trabajar a nivel comunitario: algunas medidas que conciernen a los profesionales de salud son aplicadas, basándose especialmente en las recomendaciones de la OMS<sup>87</sup>. Sin embargo, sigue siendo necesario formalizar recomendaciones que conciernan a los profesionales de rehabilitación basándose en las recomendaciones de la OMS, así como en un análisis de las buenas prácticas de Handicap International en los diferentes proyectos de rehabilitación física y funcional desarrollados a nivel comunitario.
- Promover la divulgación de las profesiones «objetivo principal» a un nivel intermedio más que especialista: lógica de un número mayor de profesionales, formados más rápidamente, para una mayor cobertura, bajo la supervisión de algunos especialistas (Ver **2.3.3: Posicionamiento**)<sup>88</sup>.
- En referencia a estos niveles intermedios, desarrollar modelos de formación en alternancia bajo supervisión, lo que permite la apertura o el perfeccionamiento de la calidad de servicios de rehabilitación al mismo tiempo que se inicia el proceso de formación. Por otra parte, este dispositivo puede favorecer la retención de profesionales en la medida en que se dirija a personas contratadas por parte del servicio de rehabilitación a crearse o desarrollarse.
- Reflexionar sobre la promoción de competencias combinadas (o «skill mix»): «el personal de salud, los terapeutas y técnicos de nivel intermedio pueden ser formados para convertirse en promotores de rehabilitación polivalentes, con una formación básica en diferentes disciplinas (terapia ocupacional, fisioterapia, ortofonía y logopedia, entre otros), o auxiliares, en una rama profesional dada, que provean servicios de rehabilitación dentro de una supervisión. (...) En ausencia de especialistas de rehabilitación, el personal de salud con una

---

<sup>85</sup> Idem, p. 139

<sup>86</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, pág. 108

<sup>87</sup> OMS, Incrementar el acceso a los profesionales de salud en las zonas rurales o recónditas gracias a una mejor fidelidad, recomendaciones para una política mundial, 2010

<sup>88</sup> OMS, resolución WHA59.23 sobre la aceleración de la producción de personal de salud, 2006

formación adecuada puede contribuir a compensar esta carencia o completar los servicios»<sup>89</sup>.

Esta recomendación dada por la Alianza Mundial para el Personal de Salud <sup>90</sup> bajo la égida de la OMS, y consistente en desarrollar competencias en rehabilitación física y funcional en los profesionales de salud en el sentido amplio de la palabra, entra en contradicción con las normas profesionales existentes. Puede ser implementada, según el análisis situacional, en los contextos de emergencia donde la sostenibilidad no está prevista, pero en cambio en otras situaciones solo debe plantearse bajo algunas circunstancias:

- Si la formación deseada **prevé** las normas con el fin de poder concebir una eventual nivelación para alcanzarlas (capacitación continua), cuando la situación lo permita.
- Si el personal formado es reconocido localmente en sus nuevas competencias e integrado en el sistema (plan nacional de rehabilitación o de salud).
- Si se acuerda que, en cuanto la situación lo permita, esta formación inicialmente elaborada deberá reemplazarse por una que respete los standards. En este caso, los profesionales inicialmente formados deberán poder beneficiarse de una nivelación para alcanzar estas normas o, de ser necesario, la referencial de la profesión actualizada no los excluirá mientras sigan en ejercicio.

### »» Proyecto piloto en Haití

Habida cuenta del contexto particular de carencia de recursos humanos, Handicap International optó por desarrollar un experimento relativo al oficio de **técnico de rehabilitación**, que combina competencias en fisioterapia y terapia ocupacional.

Esta formación de nivel intermedio, que prevé reagrupar dos profesiones que dependen del sector de rehabilitación, permite:

- responder a necesidades de atención de rehabilitación que recurren a un campo de competencias más amplio que el de cada una de las dos profesiones, sin necesitar multiplicar el número de profesionales.
- crear una identidad profesional en rehabilitación, sin comprometer una posible evolución a través de la capacitación continua hacia cualesquiera de las dos profesiones cuando la situación lo permita.

El marco y las modalidades de aplicación de formación para esta carrera pueden corresponder a las defendidas para la fisioterapia de nivel intermedio (Ver **2.3.3: Posicionamiento**).

<sup>89</sup> OMS, Informe Mundial sobre Discapacidad, Capítulo 4: La Rehabilitación, 2011, págs. 125-126

<sup>90</sup> OMS, <http://www.who.int/workforcealliance/fr/index.html>.

## 2.3.5 Resumen

### Profesiones prioritarias

El sector considera como prioritaria la promoción de las profesiones que permitan responder a las necesidades de la mayoría (impacto). Las organiza en profesiones «objetivo principal», profesiones de apoyo y profesiones con impacto limitado.

Las profesiones prioritarias «objetivo principal» incluyen a los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y profesiones de equipamiento ortopédico, así como a los formadores, indispensables para la emergencia de los profesionales de rehabilitación, su renovación y mantenimiento o perfeccionamiento de su nivel de competencias.

La promoción de cualquier otra profesión debe garantizarse a través de un análisis situacional que valide su pertinencia, considerando como requisito previo la existencia de profesiones llamadas prioritarias y la calidad de su plan de formación.

Las profesiones de apoyo facilitan el trabajo de las profesiones prioritarias y mejoran la calidad e impacto de sus prestaciones (pertinencia y continuidad de atención...); las profesiones con impacto limitado intervienen en un número restringido de deficiencias e incapacidades.

### Normas profesionales o realidad contextual

Existen normas de referencia que formalizan las competencias de algunas carreras de rehabilitación física y funcional. Cuando se trata de promover la emergencia de una carrera o participar en el fortalecimiento de sus competencias propias, Handicap International promueve el cumplimiento de los documentos de referencia que existen, validados por parte de las asociaciones de profesionales correspondientes.

Cuando no existe la norma o no se adecúa con la realidad contextual de los países en vías de desarrollo, Handicap International debe afirmar su propio posicionamiento y recopilar las buenas prácticas derivadas de los proyectos existentes con el fin de explotarlas para ejercer influencia, a través de las redes, en la elaboración de documentos de referencia adecuados.

Esta es la razón por la cual Handicap International aboga por el reconocimiento y promoción de un nivel intermedio en fisioterapia. En el mismo orden de ideas, las carreras consideradas prioritarias por parte de Handicap International pueden ser apoyadas para desarrollar competencias de nivel especialista, intermedio o asistencia.

### Carencias de recursos humanos

Reflexionar sobre soluciones que permitan promover la rehabilitación física y funcional en los contextos de carencias de recursos humanos necesita combinar tres parámetros el/la(s):

- conocimiento y el reconocimiento de la rehabilitación física y funcional a través de la población y de los profesionales de salud,

- competencia adecuada en rehabilitación física y funcional,
- acciones o prestaciones realistas y adaptadas en rehabilitación física y funcional

### **Propuestas de acciones**

- Desarrollar acciones de sensibilización junto a las poblaciones y formación de profesionales de salud sobre temas relacionados con la discapacidad y relativos a los retos e importancia de la rehabilitación física y funcional.
- Desarrollar un enfoque comunitario para estructurar el ciclo 'de identificación / referencia / seguimiento'. Fortalecer este ciclo a nivel de las prestaciones a través de un enfoque sistémico que haga trabajar juntos a los profesionales de salud, así como de rehabilitación física y funcional incluida. Desarrollar igualmente estrategias incitativas para que los profesionales acepten trabajar a nivel comunitario.
- Promover la divulgación de las carreras prioritarias en un nivel intermedio más que especialista: lógica del número de profesionales con mayor celeridad formados para una mayor cobertura. Desarrollar formaciones de manera alternativa, bajo supervisión.
- Favorecer el trabajo multidisciplinario de los profesionales de rehabilitación física y funcional entre sí, con el fin de compensar la ausencia frecuente de competencias médicas que supuestamente deben prescribir las atenciones de rehabilitación física y funcional, inclusive incluso, bajo algunas condiciones, promover la socialización de competencias en rehabilitación física y funcional con los profesionales de salud.
- Seguir la evolución del proyecto piloto desarrollado en Haití que experimenta la profesión de técnico en rehabilitación (profesión que combina a la vez competencias en fisioterapia y terapia ocupacional) para duplicarla después de la evaluación de su impacto.

## 2.4 Las temáticas de la rehabilitación física y funcional

El sector «Servicios de Rehabilitación» es capaz de promover y acompañar el desarrollo de proyectos sobre un gran número de temáticas, cuya mayoría puede ser en sí mismas objeto de un documento de referencia.

Al presentar los retos, grandes principios y recomendaciones propias de la rehabilitación física y funcional, y para garantizar una coherencia técnica en los escritos, este documento:

- presenta el marco interior a partir del que cada documento temático podrá ser redactado,
- sirve de guía para cualquier documento producido por la Dirección de Recursos Técnicos (DRT) que se refiera a la rehabilitación física y funcional.

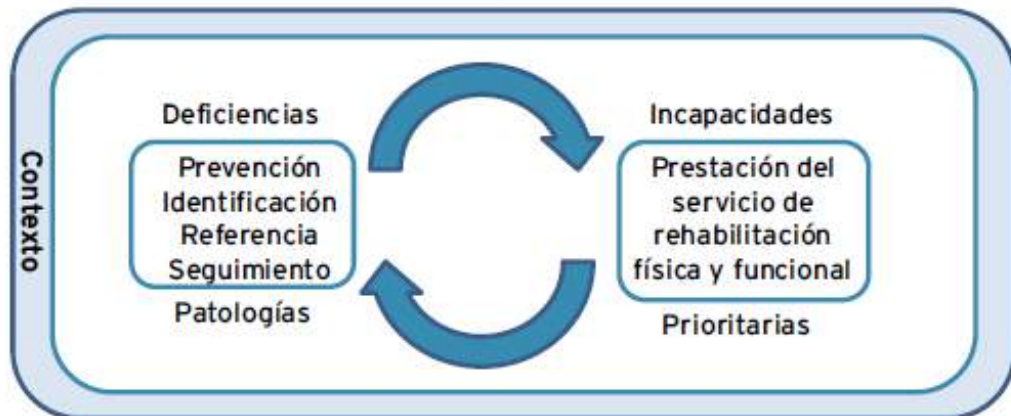
Cada documento temático producido permitirá alimentar, guiar o completar la reflexión en términos de recomendaciones en la elaboración de proyectos de rehabilitación física y funcional.

El objetivo de este apartado es proponer una organización lógica que permita elaborar una lista no exhaustiva y evolutiva de temáticas propias del sector que puedan ser objeto de un documento específico.

La prestación de servicios de rehabilitación centra las preocupaciones fundamentales del sector. Estos servicios se ejercen con respecto a una patología que induce deficiencias e incapacidades, en un contexto determinado, y depende de las acciones de prevención, así como de las relacionadas con el ciclo 'de la identificación al seguimiento'.

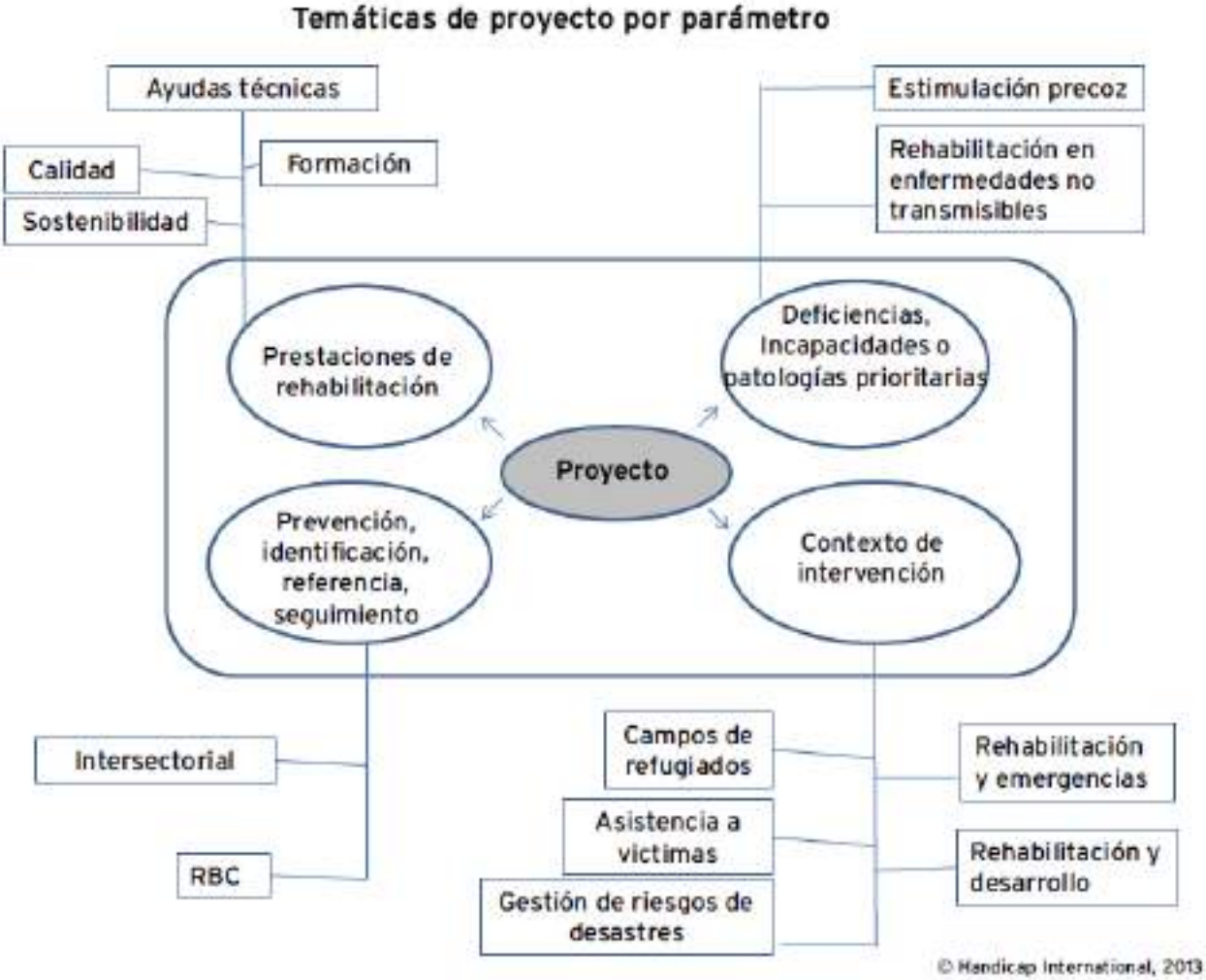
En consecuencia, tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS para superar los obstáculos a la rehabilitación, consideraremos cuatro parámetros (ver esquema) que será necesario cruzar cuando se trate de elaborar un proyecto de rehabilitación física y funcional.

**Modalidades de intervención con el usuario en rehabilitación física y funcional:  
Cuatro parámetros a tener en cuenta en al elaboración de un proyecto**



© Handicap International, 2013

A cada uno de estos parámetros le corresponde un conjunto de temáticas dentro de las cuales puede incluirse la lista los documentos del sector, existentes o futuros.



Esta lista por temas, presentada en forma de tablas y actualizada por parte del sector, debe servir de herramienta que permita planificar la redacción de documentos aún no existentes, según las prioridades definidas en el marco de la estrategia plurianual para la rehabilitación física y funcional.

**Sección de la tabla con la lista de documentos producidos  
o a producir por el sector**

<b>Temática principal</b>	<b>Número de documentos</b>	<b>Estatus</b>	<b>Publicación Handicap International (interna o externa)</b>
<b>Prestación de rehabilitación física y funcional</b>			
Sostenibilidad	4	Publicados: 8 En proceso de elaboración: 8 En proceso de reflexión: 2	Interna: 15 Externa: 3
Calidad	5		
Formación	3		
Ayudas técnicas	6		
<b>Prevención Identificación Referencia Seguimiento en rehabilitación física y funcional</b>			
Intersectorial	4	Publicados: 2 En proceso de elaboración: 3 En proceso reflexión: 2	Interna: 6 Externa: 1
Rehabilitación con Base en la Comunidad	3		
<b>Deficiencias Incapacidades o Patologías prioritarias</b>			
Rehabilitación física y funcional y Enfermedades no transmisibles	2	Publicados: 2 En proceso de elaboración: 3 En proceso de reflexión: 1	Interna
Desarrollo precoz del niño	4		
<b>Contexto de intervención para la rehabilitación física y funcional</b>			
Desarrollo	1	Presente documento	Interna
Emergencia	5	Publicado: 1 En proceso de elaboración: 2 En proceso de reflexión: 2	
Campos de refugiados	1	En proceso de reflexión	
Asistencia a las víctimas	1	En proceso de elaboración	
Gestión de riesgos de desastres	1	En proceso de reflexión	

Esta tabla, detallada y actualizada regularmente, es consultable en SkillWeb: <http://www.hiproweb.org/fr/accueil/secteurs-de-competence-et-dactivites/readaptation.html>



## 2.5 Perspectivas 2011-2015

Tomando en cuenta las acciones desarrolladas en rehabilitación física y funcional, Handicap International, en el transcurso de su historia, ha obtenido legitimidad y notoriedad.

La implementación de la estrategia federal 2011-2015<sup>91</sup> fortalece la dinámica apoyada por parte del sector «Servicios de Rehabilitación». Uno de los cinco objetivos prioritarios para este período es el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de rehabilitación en las situaciones de reconstrucción y desarrollo. Las principales perspectivas del sector para los próximos tres años, según las grandes líneas definidas por la estrategia federal, son continuar o desarrollar la inversión en los siguientes campos:

### Influencia de las políticas y prácticas

Estructuramos nuestro enfoque de investigación (temáticas y colaboraciones científicas) para promover prácticas adaptadas, y abogamos ante instituciones y donantes con el fin de que asuman su responsabilidad de proveer los recursos indispensables en la estructuración sostenible de los sistemas y sectores.

«La duración de acción de un programa de Handicap International en un país juega un rol clave en la definición de estrategias de acción a mediano y largo plazos. No podemos prever una estrategia que tenga por objetivo implementar un sistema de servicios en una presencia de corta duración. La introducción sostenible de un nuevo tipo de servicio a gran escala, el apoyo centrado en las políticas nacionales, la formación inicial y el seguimiento de los profesionales, son acciones que requieren una presencia estable de Handicap International en el país, por un período bien determinado.

En un contexto de reconstrucción o desarrollo, la intervención a los niveles locales y nacionales requiere una presencia de 4-5 años como mínimo para efectuar un cambio sostenible.

En cambio, si la presencia de Handicap International es estimada a corto plazo (1-3 años), es recomendado programar acciones de apoyo a algunos servicios, sin olvidar medidas de multiplicación de los resultados positivos. En este caso, es particularmente importante forjar alianzas o colaboraciones con actores que permanezcan más tiempo en el país, el territorio o la región, para transferirles los roles «multiplicadores» y las competencias necesarias a través de un apoyo»<sup>92</sup>.

### Calidad y sostenibilidad de los servicios de rehabilitación

- Finalizamos la fase de prueba y aplicación del *Sistema de gestión de servicios de rehabilitación* (RMS) derivado de los programas de Handicap International en Asia del Sur, para divulgación en otros programas con el fin de promover en nuestros proyectos un proceso completo y continuo de gestión de la calidad a nivel del sistema y de los servicios de rehabilitación física y funcional.

---

<sup>91</sup> Handicap International, La estrategia 2011-2015, 2011

<sup>92</sup> Handicap International, El acceso a los servicios destinados a las personas con discapacidad, 2010, Análisis de los contextos, págs. 37-38

- Los resultados de la investigación emprendida sobre la sostenibilidad de los servicios de rehabilitación<sup>93</sup> son explotados, en forma de lecciones aprendidas, para concebir una metodología de enfoque, análisis, y planificación sectoriales a nivel nacional.

### Profesiones de rehabilitación

Fortalecemos nuestras herramientas de acompañamiento apuntando a la mejora de la calidad y la pertinencia de las formaciones iniciales, continuas y las nivelaciones de los profesionales de rehabilitación física y funcional.

### Atenciones post traumáticas y rehabilitación

En colaboración con la Dirección de Acción de Emergencia, elaboramos herramientas para facilitar la implementación de un enfoque decalidad, en el marco del cumplimiento de los protocolos y técnicas recomendadas (equipamiento ortopédico de emergencia).

### Perspectiva

- **Acceso financiero a los servicios de rehabilitación**  
Propondremos una investigación-acción y acciones en el terreno que conduzcan a eliminar las barreras para el acceso financiero de las personas desfavorecidas a los servicios de rehabilitación física y funcional.
- **Cirugía ortopédica y cirugía reconstructiva**  
Procederemos a una revisión de nuestras experiencias para utilizar las lecciones aprendidas y presentar el marco dentro del cual se desarrollarán nuestras acciones, así como movilizar las redes internacionales de profesionales especializados.

Finalmente, nuestro trabajo interno podrá alimentarse y enriquecerse de la colaboración con la OMS para producir la Guía de Rehabilitación en Salud (2014), que aportará un marco de referencia para los próximos diez años. Este nuevo referencial OMS específico en nuestro campo de intervención, constituirá una base esencial para abogar por la integración de la rehabilitación física y funcional en la salud.

---

<sup>93</sup> Handicap International, El proceso de análisis de la sostenibilidad: ejemplo de la rehabilitación física y funcional, Guía metodológica, 2012



Tofo, 2001

# ANEXOS

---

**Lista de acrónimos**

**Bibliografía**

## Lista de acrónimos

CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CIUO	Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
DAD	Dirección de Acción de Desarrollo
DAU	Dirección de Acción de Emergencia (por sus siglas en francés)
DRT	Dirección de Recursos Técnicos
FATO	Federación Africana de Técnicos Ortoprotesistas
IDDC	International Disability and Development Consortium
ISPO	International Society for Prosthetics and Orthotics
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OI	Organización Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPD	Organización de Personas con Discapacidad
PPD	Proceso de Producción de Discapacidad
RBC	Rehabilitación con Base en la Comunidad
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SMI	Salud Materno-infantil
UN	United Nations
VA	Victim Assistance
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

## Bibliografía

- Handicap International. **Estrategia simplificada**, 2011
- Handicap International. **Misión, Campo de acción, Principios de intervención, Carta, Identidad visual**. 2010, 19 págs.
- Handicap International. **Estudio género y discapacidad: análisis transversal de la correlación entre el género y la discapacidad en los sectores de intervención de Handicap International**, 2007
- Handicap International. **Person Centred Approaches - PCA (draft)**, 2013
- Handicap International. **El acceso a los servicios destinados a las personas con discapacidad**, 2010, 101 págs.  
[http://www.hiproweb.org/uploads/tx\\_hidrtdocs/Hi\\_GM\\_Accessibilite\\_screen\\_A4.pdf](http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/Hi_GM_Accessibilite_screen_A4.pdf)
- Handicap International. **Documento marco sobre la diferenciación operativa en las emergencias**, 2013, 17 págs.
- Handicap International. **Disability & Vulnerability Focal Points (Antenas Discapacidad & Vulnerabilidad)**. Guía metodológica, 2013.
- Handicap International. **Los servicios de ayudas rodantes para la movilidad y sus dispositivos de instalación y de posicionamiento: integrar las ayudas rodantes para la movilidad - y sus dispositivos de instalación y de posicionamiento - para las prestaciones de rehabilitación en contextos de emergencia y de desarrollo**, 2013, 54 págs.  
[http://www.hiproweb.org/uploads/tx\\_hidrtdocs/DC09AidesRoulantes.pdf](http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC09AidesRoulantes.pdf)
- Handicap International. **La diabetes y los demás factores de riesgo cardiovascular**, 2012, 104 págs.  
[http://www.hiproweb.org/uploads/tx\\_hidrtdocs/DiabeteDC06.pdf](http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DiabeteDC06.pdf)
- Handicap International. **Apoyo a las Organizaciones representativas de las Personas Discapacitadas**, 2011, 98 págs.  
[http://www.hiproweb.org/uploads/tx\\_hidrtdocs/AppuiAuxOPH.pdf](http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/AppuiAuxOPH.pdf)
- Handicap International. **Salud mental en contextos de post crisis y de desarrollo**, 2011, 74 págs.  
[http://www.hiproweb.org/uploads/tx\\_hidrtdocs/DC03\\_Sante\\_mentale.pdf](http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC03_Sante_mentale.pdf)

- Handicap International. **El proceso de análisis de la sostenibilidad: ejemplo de la rehabilitación física y funcional.** Guía metodológica, 2012, 106 págs.  
[http://www.hiproweb.org/uploads/tx\\_hidrtdocs/GM08Perennite.pdf](http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/GM08Perennite.pdf)
- Handicap International. **Posicionamiento sobre las formaciones de nivel intermedio en quinesiterapia,** 2007, 4 págs.
- Handicap International. **Recomendaciones,** in **Processes and approaches to enable sustainable access to quality rehabilitation services: Comparative study of Handicap International programmes in Albania, Kosovo and Mozambique.** 2012, p. 24-27  
[http://www.hiproweb.org/uploads/tx\\_hidrtdocs/SustainableAccessToQualityRehabilitationSdRs07.pdf](http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/SustainableAccessToQualityRehabilitationSdRs07.pdf)
- Handicap International, Tublu Y. **Impacto de las atenciones de rehabilitación en la inserción social de las personas con discapacidad en Togo: encuesta a 30 personas amputadas de miembro inferior.** 2009, 42 págs.  
[http://www.asksource.info/pdf/35899\\_ImpactRehabCareTogo\\_FR\\_2009.pdf](http://www.asksource.info/pdf/35899_ImpactRehabCareTogo_FR_2009.pdf)
- International Society for Prosthetics and Orthotics : [www.ispoint.org](http://www.ispoint.org)
- Landmine Survivors Network. **Prótesis y ortesis, Guía de proyecto / Asistencia a los servicios de equipamiento ortopédico en los países con bajos ingresos.** Documento de trabajo aprobado ISPO, 2006
- Naciones Unidas. **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), artículos 1º, 11 y 32**  
<http://www.un.org/french/disabilities/>
- OCDE. **Glosario de los principales términos relativos a la evaluación y la gestión centrada en los resultados,** 2002, 38 págs.  
<http://www.oecd.org/development/peer-reviews/2754804.pdf>
- OMS. **Capítulo 4: La Rehabilitación,** in **Informe mundial sobre Discapacidad,** 2011, págs. 105-150  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193\\_fre\\_full.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf)
- OMS. **Informe sobre la salud en el mundo 2003: construir el futuro,** 2003, 193 págs.  
[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf)

- OMS. Documento de síntesis conjunto sobre el suministro de dispositivos de ayuda para la movilidad en las regiones con bajos ingresos, 2012, 31 págs.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75858/1/9789242502886\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75858/1/9789242502886_fre.pdf)
- OMS. Rehabilitación con Base en la Comunidad, Guía de RBC. 2011, 7 booklets  
<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/fr/>
- OMS. Incrementar el acceso a los profesionales de salud en las zonas rurales o remotas gracias a una mejor fidelidad: recomendaciones para una política mundial, 2010, 73 págs.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242564013\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242564013_fre.pdf)
- OMS. Resolución WHA59.23: Aceleración de la producción de personal de salud, 2006, 2 págs.  
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/WHA59\\_R23-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/WHA59_R23-fr.pdf)
- OMS/ISPO/USAID. Guía para los servicios de sillas de ruedas en las regiones con bajos ingresos, 2008, 137 págs.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242547481\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242547481_fre.pdf)
- OMS. Alianza mundial para el personal de salud  
<http://www.who.int/workforcealliance/fr/index.html>
- OMS/ISPO. Guía para la formación del personal de los servicios de Prótesis y de Ortesis en los países en vías de desarrollo, 2009, 56 págs.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9782909064161\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9782909064161_fre.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo. Clasificación internacional uniforme de ocupaciones (CIUO)  
[www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm](http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm)
- World Confederation for Physical Therapy : [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org)
- World Federation of Occupational Therapists : [www.wfot.org](http://www.wfot.org)
- World Health Organization. Rehabilitation Guidelines, Concept Note. 2012



### **Créditos fotográficos**

Portada: © Bernard Franck / Handicap International (2006)

Página 10: © Brice Blondel / Handicap International (2012)

Página 37: © Stanislas Bonnet / Handicap International (2007)

Página 82: © José Cerda / Handicap International (2001)

### **Editor**

Handicap International

138 avenue des Frères Lumière

CS 88379

69371 Lyon cedex 08

France

[publications@handicap-international.org](mailto:publications@handicap-international.org)



## La rehabilitación física y funcional

---

Este documento presenta los retos, grandes principios y recomendaciones propias de la rehabilitación física y funcional para Handicap International. Ante todo, presenta el marco global dentro del cual figuran los elementos teóricos constitutivos del sector «Servicios de Rehabilitación»: el objetivo principal es garantizar la coherencia entre el mandato de la asociación y la ejecución en los programas de proyectos vinculados al campo de intervención del sector. El objetivo secundario es formalizar la apropiación de referenciales externos y proponer una presentación interna.

El documento en cuestión comprende dos grandes partes.

La primera presenta los elementos teóricos constitutivos del sector «Servicios de Rehabilitación»: principios, modelos, enfoques o contextos necesarios para la elaboración de una estrategia proyecto de rehabilitación física y funcional.

La segunda propone un marco más operativo dentro del cual aparecen los diferentes elementos teóricos. El objetivo es guiar la selección y ayudar a la toma de decisión concerniente a las acciones a emprender en el campo de la rehabilitación física y funcional. Para concluir, el presente documento muestra las diferentes temáticas que dependen del sector y que tienen, o pueden ser objeto, de un documento de referencia.

---

**HANDICAP INTERNATIONAL**  
138, avenue des Frères Lumière  
CS 88379  
69371 LYON Cedex 08

T. +33 (0) 4 78 69 79 79  
[publications@handicap-international.org](mailto:publications@handicap-international.org)