

**DISEÑO DE UN PORTAFOLIO DE SERVICIOS PARA UN PROGRAMA DE
FISIOTERAPIA A DOMICILIO DIRIGIDO A LOS USUARIOS DE LA EPS
SALUDVIDA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

**ISABEL ANDREA RESTREPO OSORNO.
JACQUELINE BUILES GALLEGO.
NATHALY GOMEZ OCHOA.**

Diplomado en Mercadeo de Servicios de Salud

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARIA CANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
MEDELLÍN
2007**

**DISEÑO DE UN PORTAFOLIO DE SERVICIOS PARA UN PROGRAMA DE
FISIOTERAPIA A DOMICILIO DIRIGIDO A LOS USUARIOS DE LA EPS
SALUDVIDA DE LA CIUDAD DE MEDELLIN**

**ISABEL ANDREA RESTREPO OSORNO.
JACQUELINE BUILES GALLEGO.
NATHALY GOMEZ OCHOA.**

**TRABAJO DE APLICACIÓN EN EL DESARROLLO DEL DIPLOMADO EN
MERCADERO DE SERVICIOS DE SALUD COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OPTAR AL TITULO DE FISIOTERAPEUTA**

**ASESOR
VICTOR ALEJANDRO ACEVEDO URREGO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARIA CANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
MEDELLÍN
2007**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Medellín, Octubre de 2007

AGRADECIMIENTOS

Queremos darle las gracias a Dios por regalarnos la vida, por darnos las capacidades y habilidades para realizar nuestros sueños. A nuestras familias que lucharon junto a nosotras siempre en estos años de estudio, brindándonos su apoyo y su ayuda incondicional.

A los docentes que con sus conocimientos nos prepararon para nuestro futuro, a Delio Ossa por su colaboración en la realización de este trabajo. Y muy especialmente a Víctor Alejandro Acevedo U., nuestro asesor, quien siempre estuvo dispuesto y presto a colaborarnos al máximo, para que este proyecto fuera hoy una realidad.

Finalmente agradecemos a todos aquellos que nos faltó mencionar por que si lo hiciéramos sería una lista interminable. A todos ellos muchísimas Gracias.

RESUMEN ANALÍTICO EJECUTIVO. RAE

1. TÍTULO: DISEÑO DE UN PORTAFOLIO DE SERVICIOS PARA UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA A DOMICILIO DIRIGIDO A LOS USUARIOS DE LA EPS SALUDVIDA DE LA CIUDAD DE MEDELLIN

2. AUTORES: Isabel Andrea Restrepo Osorno

Jacqueline Builes Gallego

Nathaly Gómez Ochoa

3. FECHA: 4 de octubre de 2007 – II Semestre de 2007

4. TIPO DE IMPRENTA: Fue elaborado bajo el programa de Windows XP, Word, Arial 12 Doble espacio y Normas ICONTEC.

5. NIVEL DE CIRCULACIÓN: restringido, para el centro de información y de ayudas didácticas de la Fundación Universitaria Maria Cano y de los autores.

6. ACCESO AL DOCUMENTO: Fundación Universitaria Maria Cano, Isabel Andrea Restrepo Osorno, Jacqueline Builes Gallego, Nathaly Gómez Ochoa.

7. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y SUBLÍNEA: Línea: Plan de mercadeo
Sublínea: Diseño de un Portafolio de Servicios para una Empresa de Servicios de Salud.

8 PALABRAS CLAVES: Portafolio, Mercadeo, Servicio, Discapacidad, Salud, Enfermedad, Habilitar, Rehabilitar, Fisioterapia, EPS, Afiliados, Domiciliario.

9 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO: El trabajo surgió, debido a la necesidad encontrada en varios pacientes o personas que conocemos con patologías limitantes para su movilización a los centros asistenciales o IPS que corresponden a sus EPS.

Nuestra idea propone que exista un servicio completo de fisioterapia, para la EPS Salud Vida, puesto que después de indagar en las diferentes EPS de la ciudad de Medellín, el servicio de fisioterapia domiciliaría, sólo hace falta en dicha entidad.

10 CONTENIDO DEL DOCUMENTO: Nuestro trabajo de aplicación para el diplomado en mercadeo en servicios de Salud, es una propuesta para mejorar el servicio asistencial domiciliario en el área de fisioterapia, para la EPS Saludvida de la ciudad de Medellín y el manejo que deben recibir los pacientes con patologías neurológicas y osteomusculares que les impidan el traslado a las respectivas IPS.

11 METODOLOGÍA: Deductivo y analítico.

El método es deductivo en el, se suele decir que se pasa de lo general a lo particular, de forma que partiendo de unos enunciados de carácter universal y utilizando instrumentos científicos, se infieren enunciados particulares, pudiendo ser axiomático-deductivo.

Es un enfoque analítico, donde se materializa y se buscan las variables más importantes en la prestación del servicio, se hace un cruce de la información, mediante el proceso de inferencia deductivo. Dicho análisis permite optimizar recursos, materializar sistemas, concretar procesos de trabajo. Dicho método en síntesis analiza la más importante de la prestación de servicios para trabajar con eficiencia y eficacia dependiendo de las necesidades, del número de usuarios y las diferentes patologías y psicopatologías de las personas que se les vaya a prestar este servicio

12. CONCLUSIONES:

Tanto la ley 100, como la ley 528 de 1999 regulan el funcionamiento de las entidades objeto de estudio. Para nuestro caso la EPS y las IPS de Salud Vida. De acuerdo al trabajo realizado vemos que dicha normatividad favorece a la población Colombiana en relación a la calidad del servicio que se le está ofreciendo y a los múltiples beneficios que se tiene de ello. En hora buena ambas leyes y otras afines permiten atender a la población Colombiana, concretamente a los usuarios de la ciudad de Medellín, mediante un programa domiciliario que atiende sus diferentes necesidades.

- En nuestra propuesta vamos a exponer que la EPS Saludvida preste un servicio que ya tiene sus más cercanos competidores. En atención a lo anterior, dicha entidad Saludvida va ha estar a la vanguardia en la prestación de dicho servicio a sus usuarios, tanto titulares como beneficiarios, van a contar con un elemento adicional que va a contribuir a la recuperación tanto física como psicológica de su patología.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
INTRODUCCIÓN	14
1. TITULO.	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	17
2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.	17
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.-	18
3. OBJETIVOS	19.
3.1 OBJETIVO GENERAL.	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	19
4. JUSTIFICACIÓN.	20
5. MARCO REFERENCIAL.	21
5.1 MARCO HISTÓRICO.	21
5.1.1 Historia de la Institución	21
5.1.2 Historia de la Fisioterapia en la Institución.	21
5.1.3 Historia de la Fisioterapia	21
5.2 MARCO CONTEXTUAL	27
5.2.1Plataforma de Estrategia de Saludvida EPS	27
5.2.2 Servicio de Fisioterapia en otras Instituciones.	29
5.3 MARCO LEGAL	35
5.3.1 Constitución Política de Colombia	35
5.3.2 Ley 100 de 1993	36
5.3.3 Decreto 2174 de 1996	36

5.3.4 Decreto 1011 de 2006	37
5.3.5 Ley 361 de 1997	38
5.3.6 Ley 528 de 1999	39
5.4 MARCO CONCEPTUAL	42
5.5 MARCO TEÓRICO	50
5.5.1. Portafolio de servicio	50
5.5.2 Definición de visita domiciliaria	51
5.5.3 Funciones de la Fisioterapia.	52
5.5.4 Movimiento corporal humano.	58
5.5.5 Fisioterapia Domiciliaria	61
5.5.6 Discapacidad	65
5.5.7 Técnicas utilizadas en el tratamiento de la discapacidad.	68
5.5.8. Fisioterapia y rehabilitación	77
6. PROCESO METODOLÓGICO	87
6.1 TIPO DE ESTUDIO	87
6.2 MÉTODO	88
6.3 ENFOQUE	88
6.4 DISEÑO	89
6.5 POBLACIÓN BENEFICIADA	90
6.6 FUENTES DE INFORMACIÓN	90
6.7 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	90
6.7.1 Fuentes primarias	90
6.7.2 Fuentes Secundarias	90
6.7.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	90

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	92
7.1 ESTRUCTURACIÓN DE UN SERVICIO DE FISIOTERAPIA DOMICILIARIA	92
7.1.1 Recursos humanos	94
7.1.2 Recursos físicos	94
7.1.3 Recursos logísticos	97
7.1.4 Evaluación de Ingreso.	97
7.1.5 Controles de Seguimiento	98
7.1.6 Valores Agregados	99
7.1.7 Capacidad Instalada	99
7.1.8 Que condiciones debe tener el paciente en el lugar de residencia.	99
7.2 PORTAFOLIO DE SERVICIOS	99
8. CONCLUSIONES	105
9. RECOMENDACIONES	107
BIBLIOGRAFÍA	108
NETGRAFIA	109
ANEXOS	111

LISTA DE TABLAS

	PAG
Tabla 1 Presupuesto	97

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Portafolio de Servicio

**PAG
112**

INTRODUCCIÓN

Desde el año 1993, en Colombia comenzó a regir la ley 100; la cual creó un sistema de salud que “tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten” mediante la utilización de los siguientes principios: eficiencia, realizando la mejor utilización de los recursos físicos, administrativos y financieros del sistema; universalidad que es la garantía de protección para todas las personas sin ninguna discriminación; solidaridad por la cual se ayudan a todas las personas y generaciones económicas; integralidad donde cada persona contribuye según su capacidad, y tendrá lo necesario para atender sus contingencias, unidad: articulación de políticas, instituciones, regímenes, y procedimientos para alcanzar los fines de la seguridad social, y participación donde la comunidad puede intervenir en la organización, control, gestión y fiscalización del sistema.

Dicha ley, para cumplir con todos estos compromisos dictaminó la creación de las EPS como entidades promotoras de salud, y las IPS como instituciones prestadoras de servicios de salud.

Actualmente existen múltiples EPS, y cada una de ellas busca sobresalir y aumentar el número de usuarios adscritos a ella, ofreciendo valores agregados en sus servicios, para así ser más competitivos dentro del sistema.

La fisioterapia, actualmente es un área de la salud que día a día adquiere mayor fuerza, debido a sus grandes beneficios en el tratamiento de variadas patologías neurológicas y osteomusculares.

En el siguiente trabajo de aplicación, se presentará a EPS SaludVida una muy buena opción para aumentar y diversificar sus servicios; en este caso la asistencia Fisioterapéutica a domicilio, para los pacientes con discapacidades neurológicas u osteomusculares.

1. TITULO

DISEÑO DE UN PORTAFOLIO DE SERVICIOS PARA UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA A DOMICILIO DIRIGIDO A LOS USUARIOS DE LA EPS SALUDVIDA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del Problema: Los pacientes quienes presentan discapacidad física producto de accidentes, enfermedades neurológicas o autos inmunes, malformaciones congénitas, entre otros; requieren de terapia física y rehabilitación, en forma permanente y continua. La interrupción en la terapia genera retrasos en la recuperación de habilidades y destrezas. En SaludVida EPS, el ausentismo a la consulta de fisioterapia es muy frecuente.

La ausencia continua de los pacientes a las terapias, está influenciada por varios factores, entre otros, el tipo de discapacidad motriz que estos presentan debido a sus patologías, tales como, enfermedades neurológicas (parkinson, esclerosis múltiple, entre otras) y osteomusculares (fracturas o distensiones); en segundo lugar, el transporte para dichos pacientes, es de difícil acceso y el costo de este es muy elevado, otro componente, es la dificultad de las instalaciones para realizar las terapias en los centros asistenciales, debido a que en repetidas ocasiones no cumplen con los requisitos técnicos o espaciales necesarios.

Formulación del Problema:

¿La ejecución de un programa de fisioterapia domiciliaria, aumentará la adherencia al tratamiento fisioterapéutico de los pacientes con discapacidad y posibilitará una mejor y más rápida recuperación?

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar un portafolio de servicios para un programa de Fisioterapia; con el fin de disminuir el ausentismo y la discontinuidad a las terapias de rehabilitación y rehabilitación en los pacientes de SaludVida, con patologías osteomusculares y/o neurológicas; y así brindar una mejor y más rápida recuperación a este tipo de pacientes.

Objetivos Específicos

- Estructurar un servicio de fisioterapia domiciliaria que cumpla altos estándares de calidad.
- Ampliar la oferta de servicios para los afiliados a la EPS SaludVida de la ciudad de Medellín a partir del primer semestre del años 2008, brindando una referencia competitiva frente a las demás EPS.
- Difundir el programa de fisioterapia a domicilio entre los usuarios y no usuarios de la EPS Salud Vida entre el segundo semestre del 2007 y el primer semestre del 2008.
- Dar a conocer los beneficios del servicio de fisioterapia domiciliaria de la EPS Salud Vida.

4. JUSTIFICACIÓN

La fisioterapia es un área de la salud encargada de la habilitación y rehabilitación de pacientes con diversas patologías, a nivel neurológico y osteomuscular. Mediante el ofrecimiento de la realización del programa de fisioterapia domiciliaria, en Salud vida EPS, serán atendidos pacientes, quienes presentan estas patologías; de forma personalizada, contando así con mayor tiempo y disposición para con el paciente.

El programa se realizará con el fin de mejorar la atención que brinda la EPS Salud Vida a todos aquellos pacientes que presenten un POS especial, debido a alguna discapacidad motriz o neurológica, en pro de un mejoramiento de su calidad de vida.

Una fisioterapia realizada a tiempo y con continuidad, hace que el tratamiento sea más beneficioso para el paciente, ya que su autoestima aumenta, el tiempo en el proceso de recuperación será menor, el paciente podrá reintegrarse a sus actividades normales rápidamente, además, los costos para las entidades prestadoras de servicios de salud serán menores.

El servicio contará con muy buena atención, tanto del recurso humano (fisioterapeutas principalmente) como también recursos tecnológicos de última generación (tens, ultrasonidos, etc.), brindando un valor agregado importante para la EPS y sus afiliados.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO HISTORICO

5.1.1 Historia de la institución. SALUD VIDA EPS es una sociedad anónima de naturaleza abierta, con personería jurídica, aprobada por la Superintendencia Nacional de Salud mediante la resolución 1231 del 20 de junio de 2001, para administrar los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS.

5.1.2 Historia de la Fisioterapia en la Institución: Desde la creación de la Ley 100 de 1993, hace doce años, en las diferentes EPS se opera con las todas áreas de la medicina en sus respectivas IPS. De igual manera, en la EPS Saludvida, están todas las instancias de la medicina para la atención de sus respectivos usuarios; tanto en la IPS: Clínica Médico- Quirúrgica, como en Metrosalud. Sin embargo, aún no se cuenta con el servicio domiciliario de Fisioterapia a diferencia de las demás EPS de la Ciudad.

5.1.3 Historia de la fisioterapia. La historia de la Fisioterapia se debe entender desde el conjunto de actuaciones, métodos y técnicas que de forma personal o colectiva se han basado en el empleo de los agentes físicos dentro de situaciones histórico-sociales diferentes con el fin de promover la salud. Así, desde el hombre primitivo, encontramos referencias a tratamientos naturales o basados en agentes físicos para combatir la enfermedad asociadas en un principio a rituales mágico-religiosos.

En la Antigua Mesopotamia, una casta sacerdotal llamada “Asu” era la encargada de realizar el tratamiento mediante agentes físicos y también mediante la fitoterapia. En el Antiguo Egipto, por su parte, esta función recaía en la figura de los llamados “Sinu”, sanadores laicos.

Existen numerosas referencias al uso de agentes físicos como agentes terapéuticos en la cultura que se desarrolló en el Valle del Indo en el 1500 a.C., así como en la antigua China.

En la América precolombina, los Aztecas desarrollaron métodos terapéuticos basados en el agua en sus “baños de vapor” (temazcalli) de la misma manera que los Mayas con sus “baños de sudor” (zumpulche). Sin embargo, un punto de referencia importante para el desarrollo de la fisioterapia fue el florecimiento de la cultura helénica. A partir de Grecia, el empirismo en el cual se había basado hasta entonces todo acto terapéutico, deja paso a un enfoque más racional de entender la salud y la enfermedad y en consecuencia, del tratamiento.

Hipócrates, padre de la Medicina Occidental, y que puede considerarse también como uno de los grandes impulsores de la Terapéutica Física, alejándola de las prácticas religiosas y acercándola a posiciones más experimentales. Su filosofía terapéutica era la de “ayudar a la naturaleza”, esto es, impulsar mediante medios naturales, las fuerzas de autocuración del cuerpo (Vis Naturalis Medicatrix). En el tema del Movimiento como Agente Terapéutico (Kinesioterapia), Hipócrates desarrolló maniobras de corrección de las incurvaciones del raquis de causa externa, mediante compresiones, tracciones

y manipulaciones. En el campo del Masaje como Agente Terapéutico (Masoterapia) describió la llamada anatripsis, o “fricción hacia arriba” que aplicaba para realizar drenajes vasculares. Así mismo, impulsó métodos gimnásticos preparatorios para el fortalecimiento de las extremidades en el arte de la caza, el deporte y la guerra, método que posteriormente perfeccionaría Herodio en su tratado “Ars Gimnástica”.

Aristóteles por su parte consagró sus esfuerzos en este campo al estudio de la Kinesiología o ciencia del cuerpo humano en movimiento, y al estudio de la marcha humana. En el campo de la Electroterapia, o Electricidad como Agente Terapéutico, realizó experiencias con descargas eléctricas de pez torpedo (tremielga), que aplicaba para los ataques de gota, método que después popularizarían los romanos.

La Civilización Romana desarrolló esta herencia terapéutica del mundo helénico. Así, el masaje era práctica habitual en el Imperio y se realizaba antes y después de los baños, de gran auge en aquellos días, a cargo de los llamados frictori y ungüentarii. Celio Aureliano introduce la hidrokinesiterapia (gimnasia acuática), y la suspensión-terapia (kinesiterapia con pesas y poleas), así como pautas para ejercicios postoperatorios y dolencias reumáticas como la artritis entre otras. Asclepiades desarrolló ejercicios terapéuticos basados en el movimiento activo y pasivo, así como los llamados “baños colgantes”. La figura principal de esta época, sin embargo, fue Galeno, que describió una gran variedad de ejercicios terapéuticos con sus parámetros de vigor, duración, frecuencia, uso de aparatos y parte del cuerpo interviniente, así como gimnasia

planificada del tronco y los pulmones, para la corrección del tórax deformado cifótico o escoliótico.

En la Edad Media, la consolidación del cristianismo conlleva un abandono de la cultura de la salud, ya que el hombre deja de preocuparse por las vicisitudes físico-terrenales y pone su mirada en el cultivo del espíritu y el más allá. La Civilización, la cultura y el legado de los clásicos, se refugian en los monasterios y los conocimientos sanitarios quedan en manos de la clase religiosa. Con todo, en Europa, se unieron y ayudaron los hombres de igual y ocupación: cirujanos-barberos y sanitario-boticarios. Sin embargo, en 1215 una ley aprobada en varios países europeos, prohíbe la práctica de la cirugía a los médicos. Aquí, el cirujano (de la voz griega kier, mano) se separa de la medicina (farmacopea) ya que utilizará la mano como instrumento, consagrándose pues al arte manual. Los médicos, que fundamentalmente utilizaban la botánica, eran considerados los sanadores de las clases altas e influyentes y tenían acceso a la Universidad, mientras que los cirujanos-barberos eran despreciados por aquéllas, no disfrutaban de formación universitaria y atendían principalmente a las clases más humildes. La parte más importante de este grupo evolucionará en el tiempo hasta desarrollar la Cirugía actual, que muchos siglos después, en la época moderna, y debido a sus beneficios y eficacia demostrada, volvería a integrarse con la Medicina. Sin embargo, otro grupo de ellos, se decantaron por la aplicación de los Agentes Físicos con fines terapéuticos y fueron precisamente los que mantuvieron esta tradición en el medievo. Como se ve, Cirujanos y Fisioterapeutas tienen históricamente un tronco común. Volviendo a la Edad

Media, al contrario que en la Europa cristiana, en el mundo musulmán beben las fuentes de los clásicos y se experimenta un gran interés y cultivo por todas las ciencias, y entre ellas la medicina. Médicos como Avicena, Averroes o Maimónides describen en sus textos remedios para numerosas dolencias, muchas de ellas tratadas con Agentes Físicos, sobre todo problemas reumáticos y afecciones de columna, utilizando para ello masaje, tracciones, ejercicios y diversas manipulaciones.

En el Renacimiento resurge el interés en Europa por el legado de los clásicos y las obras de los grandes terapeutas del pasado son releídas y estudiadas.

En la Época Moderna, el progreso y desarrollo de la ciencia amplía en gran medida los horizontes de la medicina. Se empiezan a realizar aplicaciones prácticas de los descubrimientos científicos en los laboratorios de las Universidades, así como se amplían los conocimientos anatómicos, de fisiología y de terapéutica.

En el campo de la Terapia Física, se desarrolla la Terapia Manipulativa Articular en manos de Andrew Taylor Still (Osteopatía) y Daniel David Palmer (Quiropráctica), así como la Hidroterapia y Balneoterapia (Vincent Priessnitz, (Gonzalo Altamirano y Sabastian Kneipp). En el campo de la Masoterapia destaca P.Henrik Ling, que desarrolla la práctica y enseñanza del masaje, el “Masaje Sueco”. En el campo del ejercicio, desarrolla así mismo un método Gimnástico propio, la “Gimnasia Sueca”, siendo un precursor de la Kinesiterapia, término que se crea oficialmente en 1847. El campo de la Mecanoterapia (utilización de ingenios mecánicos como Agente Terapéutico)

avanza gracias a los estudios de Gustav Zander. Los grandes avances en la comprensión y control del fenómeno eléctrico así como de la fisiología del sistema nervioso, permiten una aplicación cada vez más cualificada de la electroterapia. A principios del siglo XX, se impulsa en los hospitales de Londres el uso de los agentes físicos para el tratamiento de patología respiratoria, siendo el germen de la actual fisioterapia respiratoria.

A mediados del siglo XX, y después de las Guerras Mundiales o epidemias varias como la de la poliomielitis, cuyas facturas fueron la de una gran cantidad de enfermos, lesionados y discapacitados, poco a poco se va asentando en la clase médica mundial la idea de la creación de un corpus profesional que se consagre exclusivamente al estudio y práctica de esta disciplina, la Terapéutica Física. Éste es el motivo de la creación oficial de los cuerpos de Fisioterapeutas en todo el mundo y la profesionalización y el despegue de la misma al acceder la Fisioterapia al rango de estudio de carácter Universitario. Algunas figuras importantes que han enriquecido la Fisioterapia en esta segunda mitad del siglo XX son Kalternbon, Maitland, McKenzie, Sohler, Cyriax, Souchard, Mezieres, Busquets, Butler, Postiaux, Giménez, Perfetti, o Vojta entre otros muchos.

En la actualidad, gracias a los avances de la tecnología y fiel a su historia y tradición, la Fisioterapia dispone a su alcance del uso de numerosos agentes físicos (masaje, agua, sonido, electricidad, movimiento, luz, calor, frío...) en las modalidades de electroterapia, ultrasonoterapia, hidroterapia, mecanoterapia, termoterapia, magnetoterapia o laserterapia, entre otras, pero sin descuidar o

abandonar el desarrollo e impulso de nuevas concepciones y métodos de Terapia Manual (principal herramienta del fisioterapeuta) para la prevención, tratamiento, curación y recuperación de un gran número de patologías y lesiones.¹

5.2 MARCO CONTEXTUAL

5.2.1 Plataforma estratégica de SALUD VIDA EPS

- **Visión.** En el 2011 seremos una Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) habilitada, certificada y acreditada, sólida financieramente, competitiva a nivel nacional e internacional, con una red de servicios habilitada, y con el mayor impacto en la calidad de vida de sus afiliados, a través de óptimos indicadores de salud.
- **Misión.** “Somos una entidad de aseguramiento en el sector salud a nivel nacional, que garantiza la prestación de los servicios de salud a nuestros afiliados conforme a lo ordenado por la ley”.
- **Nuestra Política de Calidad.** “En SaludVida E.P.S. S.A., nuestro objetivo fundamental es garantizar el cumplimiento de los requisitos del cliente: continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad; con eficacia y mejora continua, a través de nuestro modelo preventivo y

¹ Historia de la fisioterapia .sitio en internet.29701428/salud-fisio-htm.[consulta 01 de julio de 2007]

asistencial, desarrollado para mantener y mejorar la salud de nuestros afiliados”.

- **Principios Corporativos.**

- Honestidad

- Justicia

- Responsabilidad.

Objetivos de Calidad

- Cumplir con los requisitos del cliente.

- Garantizar y mejorar la satisfacción del cliente.

- Garantizar el desarrollo e implementación del modelo de salud.

- **Valores Corporativos**

- Respeto

- Tolerancia

- Lealtad

- Servicio

- **Nuestro Cliente.** El Estado colombiano. En el régimen subsidiado a través de los entes municipales; en el régimen contributivo a través del Fondo de Solidaridad y Garantía

- **Nuestros Usuarios**

La población afiliada al Régimen Subsidiado y Contributivo de SALUDVIDA SA EPS.

- **Nuestro Producto.** Garantizar la prestación de los servicios de salud, dentro de los requisitos legales y del cliente.

Sedes

A nivel nacional EPS SaludVida se encuentra en las siguientes ciudades:

Riohacha, Valledupar, Santa Marta, Barranquilla, Cartagena, Sincelejo, Cúcuta, Bucaramanga, Tunja, Arauca, Villavicencio, Neiva, Pasto, Popayán, Ibagué, Armenia, Manizales, Montería, Quibdo, Medellín, Bogota, y Pereira.

En la ciudad de Medellín SaludVida tiene su sede principal en la Avenida Poblado, Carrera 43 A 31 – 101. TEL 232 14 09

5.2.2 Servicio de fisioterapia en otras instituciones

- **Fisioterapia domiciliaria en BIOSIGNO IPS.** La fisioterapia es el área de la salud que estudia todo lo relacionado con el movimiento corporal humano. De igual forma, aplica los conocimientos en actividades de promoción, prevención, mantenimiento, habilitación y recuperación de las facultades motrices para mejorar en los hombres su calidad de vida.

- Nuestros clientes:

- Entidades Promotoras de Salud - EPS

- Entidades de Medicina Prepagada
- Aseguradoras de Riesgos Profesionales - ARP
- Empresas
- Particulares
- Nuestros servicios de fisioterapia:
 - Sesión de fisioterapia: osteomusculares, neurológicos, postoperatoria y lesiones deportivas
 - Sesión de estimulación eléctrica transcutánea
 - Servicio de fisioterapia domiciliaria
- Nuestro compromiso con usted

En Biosigno IPS contamos con 15 años de experiencia en el servicio de fisioterapia, el cual está avalado por la certificación de calidad del Icontec bajo la norma ISO 9001:2000 y habilitado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

- Te ofrecemos espacios amplios y cómodos y un gimnasio de recuperación completamente dotado.
- Todos los equipos cumplen con requisitos de control y mantenimiento necesario para garantizar resultados positivos en los usuarios.
- Profesionales idóneos, altamente calificados y con gran trayectoria en la prestación de servicios de rehabilitación.
- Horarios de atención:

Lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., jornada continua

Sábados, de 7:00 a.m. a 12:00 m.

- Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Para las empresas:

- Conferencias educativas
 - Evaluación de puesto de trabajo
 - Identificación de riesgos ergonómicos
 - Realización de pausas activas
 - Manejo postura
-
- **Fisioterapia domiciliaria en UNISALUD.** Atención Domiciliaria es un programa creado por Unisalud, con la misión de "Ser un programa institucional líder en satisfacer las necesidades de atención de los usuarios con multipatologías y compromiso de su independencia".

El servicio es prestado en el área metropolitana de la ciudad de Bogotá, por un médico general, enfermera, terapeuta física, terapeuta respiratoria y apoyado por trabajo social, psicología y nutrición. Servicio de salud cuyo objetivo es la rehabilitación y mantenimiento del movimiento corporal humano, con énfasis en la educación, la promoción de la salud y la prevención de las alteraciones cinéticas, buscando elevar la calidad de vida de sus usuarios.

- Servicios, Especialidades y/o Programas

- Horarios de Atención Lugar de Atención

Tratamiento de Fisioterapia De lunes a viernes de 6:40 A.M. a 7 P.M., y sábados 8 A.M. a 1 P.M. Primer piso - Prioritaria - Vacunación

- **Fisioterapia domiciliaria en COMFENALCO.**

- Programa de Atención Domiciliaria -PADO-

- Institución Caja de Compensación Familiar COMFENALCO Antioquia

- Institución Sede Administrativa y de Servicios COMFENALCO Palacé

Teléfono +57 (4) 292 44 99

Correo Electrónico cometarios@comfenalcoantioquia.com

- Horario de Servicio Lunes a viernes desde las 7:00 a.m. hasta las 6:00 p.m.
- Costo Tarifas diferenciales, según tipo de afiliación.

- Descripción Servicio de la IPS de Comfenalco Antioquia atención médica y/o de enfermería a usuarios que tengan imposibilidad, física o mental, de desplazarse a las diferentes IPS. para la consulta, o a quienes estén en fase post- operatoria inmediata o requieran una estrecha supervisión por el médico o el personal de enfermería y que tengan imposibilidad de desplazarse a los diferentes Unidades de Atención de la IPS Comfenalco.

En su estructura esta dividido técnicamente en dos servicios:

- Servicio de Asistencia Domiciliaria: orientado a brindar una atención integral en el lugar de residencia a aquellos pacientes que presentan un grado importante de disfuncionalidad que no les permite asistir a la consulta ambulatoria, pero que su patología no requiere una estrecha vigilancia y control y una alta tecnología.

- Servicio de Hospitalización Domiciliaria: cuyo objetivo es brindar una atención integral a aquellos pacientes que requieren una estrecha supervisión por el médico o el personal de enfermería, brindando todos los recursos humanos y tecnológicos, al alcance del programa, para dar un soporte en iguales condiciones a las institucionales y lograr la recuperación de la salud del paciente en su entorno familiar.

- Requisitos Cita previa.
 - Tarjeta de servicios de la EPS de Comfenalco.
 - Documento de identidad.
 - Presentar imposibilidad física y/o mental para desplazarse a la consulta médica general programada.
 - Ser paciente post-quirúrgico, en tratamiento por enfermedad aguda o crónica o en estado terminal.
 - Remisión por médico especialista o general.
 - Orden de servicio del Programa de la Mano de la EPS COMFENALCO.
 - Dinero para cancelar la cuota moderadora o copágo, según tipo de afiliación.

- Procedimiento Asistencia Domiciliaria. Para ingresar al programa presentar remisión del médico general o especialista en la oficina del Programa de Atención Domiciliaria.

Para citas posteriores, solicitar personalmente cita en la oficina del Programa de Atención Domiciliaria.

Cancelar el valor de la cuota moderadora o copago correspondiente.

- Hospitalización Domiciliaria. Presentar remisión y ordenes de tratamiento del médico general o especialista en la oficina del Programa de Atención Domiciliaria.

Solicitar orden de servicio en el punto de gestión del Programa de la Mano de la EPS COMFENALCO en la Sede Administrativa y de Servicios COMFENALCO Palacé.

Cancelar el valor de la cuota moderadora o copago correspondiente.

Observaciones El costo del transporte del profesional que presta la atención debe ser asumido por el afiliado.

5.3 MARCO LEGAL

5.3.1 Constitución política de Colombia. Artículo 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones Señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

5.3.2 Ley 100 de 1993. Es la Ley marco del actual sistema de Seguridad Social. Establece los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación comunitaria. En su artículo 153 determina que el sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios, calidad en la atención oportuna, personalización, humanización, integralidad y continuidad, de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y practica profesional.

5.3.3 Decreto 2174 de 1996. Define las principales características de la calidad en la atención en salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica. Igualmente las características adicionales de idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficiencia, eficacia, integridad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida. Señala los cinco componentes que un sistema de garantía de la calidad debe tener:

- Cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud.
- Diseño y ejecución de un plan de mejoramiento de la calidad.
- Desarrollo de un sistema de información que incluya los componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos.
- Procesos de auditoría Médica.
- Desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que le presenten.

5.3.4 Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

3º.- CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de

servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

ARTÍCULO 4º.- COMPONENTES DEL SOGCS. Tendrá como componentes los Siguietes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

5.3.5 Ley 361 de 1997. Ley 361 de 1997, Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones. Determina el conjunto de derechos de las personas en situación de discapacidad. Establece intervenciones a nivel de prevención,

educación y rehabilitación, integración laboral, bienestar social y, accesibilidad para las personas con discapacidad.

La Ley se fundamenta en los artículos 13, 47, 54 y 68 de la Constitución Nacional que reconocen la dignidad propia de las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social.

Busca la normalización social plena y la total integración de las personas con limitación de manera armónica con disposiciones legales expedidas sobre la materia como la Declaración de los Derechos Humanos proclamada por las Naciones Unidas en el año 1948, la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental aprobada por la ONU el 20 de diciembre de 1971, la Declaración de los Derechos de las Personas con Limitación, aprobada por la Resolución 3447 de la misma organización, del 9 de diciembre de 1975, el Convenio 159 de la OIT, la Declaración de Sund Berg de Torremolinos, UNESCO 1981, la Declaración de las Naciones Unidas concerniente a las personas con limitación de 1983 y la recomendación 168 de la OIT de 1983.

5.3.6 Ley 528 de 1999. La Ley 528 de 1999, norma vigente que reglamenta el ejercicio de la profesión y dicta normas en materia de ética, la define como la profesión de la salud que maneja el movimiento corporal humano, en tanto que elemento central de la salud y el bienestar del individuo, y es responsable por las acciones de promoción del desarrollo cinético del hombre, prevención y recuperación de sus alteraciones y participación en los procesos de habilitación y rehabilitación de las personas con posibilidades cinéticas diferentes.

“Las actividades inherentes al ejercicio de la fisioterapia imponen un profundo respeto por la dignidad del ser humano y por sus fueros y derechos individuales, sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, ni de orden racial, cultural, económico, político o religioso” (Artículo 2, Ley 528 de 1999). Este principio fundante de la fisioterapia, implica una formación integral de los profesionales, en el conocimiento profundo de la realidad política, económica y sociocultural que vive el país, desde una perspectiva histórica, que les permita actuar como agentes de cambio en los procesos de transformación social. En este contexto, deben reconocer y entender los aspectos conceptuales, históricos, éticos y legales de la salud del hombre, entendida como parte esencial de su proceso vital y derecho fundamental y esencia del desarrollo humano.

Una sólida estructura disciplinar es la base para el trabajo interdisciplinar e intersectorial que requiere el sector de la salud, mediante las alternativas pertinentes de acción profesional. Por esta razón, los fisioterapeutas como miembros del Sistema General de Seguridad Social, deben comprender, construir y comunicar los conocimientos inherentes al movimiento corporal humano y sus problemas teóricos y de aplicación y proponer alternativas de acción profesional tendientes al desarrollo del bienestar cinético de la población.

La responsabilidad social del fisioterapeuta incluye, entonces, la prestación responsable de servicios humanos en salud a individuos y comunidades,

mediante la aplicación científica de los conocimientos adquiridos en torno al desarrollo cinético humano, entendido éste como un elemento esencial para la relación del hombre consigo mismo, con el entorno y base de la salud y el bienestar.

La dimensión ética es esencia de toda relación humana y social. En el caso de profesiones como la fisioterapia, basadas en procesos permanentes de comunicación ínter subjetiva y directamente relacionadas con la calidad de vida de las personas, esta dimensión adquiere especial relevancia en la formación del profesional, para garantizar la integridad, idoneidad y responsabilidad debidas, como fundamento de su ejercicio liberal y autónomo.

5.4 MARCO CONCEPTUAL

PORTAFOLIO: El portafolio de servicios es uno de los instrumentos de gestión utilizados por la gerencia, cuya elaboración y aplicación permiten a la empresa preparar sus servicios de manera inteligente, para responder a dos exigencias:

Los compromisos que la empresa haya asumido frente a su razón de ser y las características institucionales esenciales, concepciones que han debido expresarse formalmente en la plataforma jurídica y en la plataforma de gestión de la organización (estatutos, visión, misión, principios filosóficos).

Cada una de las programaciones del portafolio incluye información básica relacionada con los servicios que ofrecerá la empresa a un grupo particular de clientes (segmentos de la clientela), servicios que deberán definirse por su nombre específico y por sus características esenciales de prestación. Esta información, sistematizada en el portafolio, permite a las diferentes dependencias y empleados de la agencia formarse una idea de lo que debe producirse para cada tipo de usuarios y, en consecuencia, de su papel frente a la producción.

2

² Portafolio. Sitio en Internet.
<http://www.gestiopolis.com/canales6/mk/mercadeo.com/portafoliodeservicios.htm>. [consulta 14 de septiembre de 2007]

SERVICIO: Los servicios, a diferencia de los productos, son bienes intangibles. Un servicio incluye la realización de un trabajo para el cliente. Éste paga por obtener un servicio al igual que por adquirir un artículo.

Los servicios, al igual que los productos, utilizan el marketing para aumentar sus ventas, con la salvedad de que no existe una transferencia física. Los servicios deben diseñarse y ofrecerse de forma que satisfagan las necesidades de los clientes.

MERCADEO: conjunto de técnicas utilizadas para la comercialización y distribución de un producto entre los diferentes consumidores. El productor debe intentar diseñar y producir bienes de consumo que satisfagan las necesidades del consumidor. Con el fin de descubrir cuáles son éstas se utilizan los conocimientos del marketing.

Se concentra sobre todo en analizar los gustos de los consumidores, pretende establecer sus necesidades y sus deseos e influir en su comportamiento para que deseen adquirir los bienes ya existentes, de forma que se desarrollan distintas técnicas encaminadas a persuadir a los consumidores para que adquieran un determinado producto. La actividad del marketing incluye la planificación, organización, dirección y control de la toma de decisiones sobre las líneas de productos, los precios, la promoción y los servicios postventa.³

³ Mercadeo. Sitio en Internet. Es.wikipedia.org/wiki/marketing.[consulta 01 de Julio de 2007]

SALUD: Estado caracterizado no sólo como la ausencia de enfermedad sino también como un estado de completo bienestar físico y moral. Sin embargo, debido a la imperfección de los organismos biológicos, el estado de “salud” diario de un individuo no sería más que un estado fluctuante de salud relativa, donde existiría constantemente distintas patologías, mínimas y no perceptibles, sino susceptibles en cualquier momento empeorarse. La Organización Mundial de la Salud la define como: “El bienestar total que debe tener toda persona desde el punto de vista físico, mental, emocional y espiritual, y no meramente la ausencia de enfermedades o impedimentos físicos”.⁴

ENFERMEDAD: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es mas o menos previsible. El estado fisiológico de “enfermedad” se define como un estado donde un proceso fisiológico interno, alterado, afecta a la integridad del organismo. La disfunción de este proceso se establece en referencia a funciones fisiológicas teóricas, modeladas que deben irse de los principios fundamentales de los sistemas biológicos.⁵

DISCAPACIDAD: Es secundario a una deficiencia. Se fija más a nivel funcional del paciente. Toda restricción o ausencia para realizar una actividad entre lo que se considera normal, esta puede ser de conducta, cuidado personal, de la

⁴ Salud:Organización mundial: <http://es.wikipedia.org/wiki/salud>. [consulta 29 de junio de 2007]

⁵ Enfermedad: Organización mundial: <http://es.wikipedia.org/wiki/salud>. [consulta 29 de junio de 2007]

locomoción, determinada actitud, destreza, disposición del cuerpo y de situación.

HABILITAR: es un conjunto de procedimientos médicos y fisioterapéuticos; dirigidos a ayudar a alcanzar una serie de habilidades o capacidades, con las cuales la persona no nació.

REHABILITAR: En medicina: La rehabilitación es el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos, sociales, dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico (véase fisioterapia), psicológico, social, laboral y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales, intentando restablecer o restaurar la salud. Actividades para ayudar a la persona a adaptarse, recuperarse y regresar a una vida lo más completa y productiva posible después de una lesión o enfermedad. Esto puede incluir la restauración física (tal como el uso de prótesis, ejercicios y fisioterapia), asesoramiento y apoyo emocional.

FISIOTERAPIA: profesión de la salud que maneja el movimiento corporal humano, en tanto que elemento central de la salud y el bienestar del individuo, y es responsable por las acciones de promoción del desarrollo cinético del hombre, prevención y recuperación de sus alteraciones y participación en los procesos de habilitación y rehabilitación de las personas con posibilidades cinéticas diferentes.

EPS: Entidad Promotora de Salud. Es una aseguradora. Se constituye como el módulo administrativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su función es la de administrar los servicios de salud y los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud delegados por el FOSYGA.

AFILIADOS: Existirán dos tipos de afiliados al sistema general de seguridad social en salud:

1. Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente ley.

2. Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas

independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el plan obligatorio de salud de que habla el artículo 162.

PAR. 1º—El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar la universalidad de la afiliación.

PAR. 2º—La afiliación podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre entidades promotoras de salud.

PAR. 3º—Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia

empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación.

PAR. 4º—El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.⁶

DOMICILIARIO: Domicilio, aunque por regla general se considera sinónimo de hogar, el estricto sentido jurídico del término alude al lugar que el Derecho considera como residencia de la persona, que puede ser o no el lugar en el que reside en realidad. Toda persona ha de hallarse ubicada dentro de una jurisdicción para que los derechos y obligaciones tengan así un punto concreto de referencia o atribución, de tal modo que su estatus público y privado quede determinado y se conozca dónde ejercerá sus derechos y le serán exigibles sus obligaciones. En muchas ocasiones será el domicilio lo que determine la elección del juez que entenderá sobre determinados asuntos del interesado; también será el domicilio de la persona lo que determine el lugar en el que se le deban hacer las notificaciones judiciales, los requerimientos notariales, las reclamaciones de deudas, las inspecciones fiscales, etcétera. En definitiva, el domicilio viene a ser la sede jurídica de la persona.

Por lo general, el domicilio de la persona física será el lugar de su residencia habitual. El domicilio familiar debe ser fijado de común acuerdo por los cónyuges en interés de la familia, y en caso de discrepancia suele reservarse al juez la facultad de decidir. Como cohabitar es deber de los cónyuges, la ley

⁶ Afiliado: www.supersalud.gov.co/serviciosonline/documentos/boletin09. [consulta 01 de julio de 2007]

entiende que, salvo que se pruebe lo contrario, los cónyuges viven, de hecho, juntos.⁷

⁷ Domiciliario: www.supersalud.gov.co/serviciosonline/documentos/boletin09. [consulta 01 de julio de 2007]

5.5 MARCO TEORICO.

5.5.1. Portafolio de Servicios:

Al igual que todas, la palabra "portafolio" tiene numerosos significados. El idioma castellano no es rígido, frío y permanente. Se va modificando y cambiando. Las palabras son solo formas de expresar conceptos. Se adapta y transforma el significado de las palabras permanentemente.

Portafolio lo define la Academia de la Lengua, como: (Del fr. portefeuille). Cartera de mano para llevar libros, papeles, etc. <http://www.rae.es/> Metafóricamente la palabra portafolio se aplica a los valores (acciones, bonos , pagarés, y otros valores en papeles) que mantiene un inversionista.

Por su parte el BGC, Boston COUNSULTING GROUP, desarrolló hace algunos años una matriz destinada a analizar la rentabilidad del grupo de productos o portafolio de la empresa. Su objetivo: determinar la estrategia de mercadeo que debe seguirse con relación a la mezcla de productos que idealmente debería darse en la empresa. La facilidad de entender este concepto, a la vez que su profundidad, le ha valido ser reconocida y utilizada ampliamente, desde que fuera publicada en un boletín del BCG en el año 1970.

Desde entonces se habla de los "portafolios" de productos, para todos indicar los elementos que generan ingresos para la empresa u organización. El portafolio o cartera la pueden conformar producto tangible (que se puede tocar

ver), e intangibles (que no se pueden ver y tocar, como los servicios). A los unos como los otros se les llama indistintamente productos.

Definir un portafolio de productos (sean tangibles o intangibles) significa analizar cada uno de ellos, determinar cuales son los que verdaderamente vale la pena mantener y decidir cuales deben eliminarse. Para hacer esto, lo primero es entender que nunca hay que enamorarse de los productos. Desde el punto de vista empresarial, debe vérselos simplemente como generadores de utilidades. Algunos los producen bien, otros no los producen del todo.⁸

5.5.2 Definición de visita domiciliaria. Las visitas domiciliarias son realizadas a pacientes con patologías neurológicas u osteomusculares que les impliquen algún tipo de discapacidad para hacer el desplazamiento hasta los centros asistenciales asignados por la EPS, a los cuales se les realiza una valoración multidimensional con el objetivo de elaborar un plan de tratamiento acorde a sus necesidades. El servicio de fisioterapia a domicilio, es un servicio que a nivel mundial se realiza, por empresas constituidas o por personas naturales que ofrecen dichos servicios. Por lo general presentan un portafolio de servicios amplio; es decir, abarcan todos los campos de la fisioterapia, dependiendo de las necesidades de los usuarios. Por ejemplo en España, se cuenta con una completa asistencia en diferentes áreas por un mismo personal: Asistencia a lesiones neurológicas, masajes, drenaje linfático,

⁸ Portafolio de Servicio. Sitio en Internet.
<http://www.gestiopolis.com/canales6/mk/mercadeo.com/portafoliodeservicios.htm>. [consulta 14 de septiembre de 2007]

traumatología, pediatría, rehabilitación cardíaca, fisioterapia deportiva y servicio a grupos. La tarifa oscila entre 35 y 40 euros. En Colombia es entre veinticinco mil y setenta mil pesos m/l.

En Colombia, el servicio de fisioterapia a domicilio es prestado por la EPS o por profesionales independientes. Por ejemplo en Bogotá la Universidad nacional, presenta la Atención Domiciliaria como un programa creado por Unisalud, con la misión de "Ser un programa institucional líder en satisfacer las necesidades de atención de los usuarios con multipatologías y compromiso de su Independencia.

El servicio es prestado en el área metropolitana de la ciudad de Bogotá, por un médico general, enfermera, terapeuta física, terapeuta respiratoria y apoyado por trabajo social, psicología y nutrición. De lunes a viernes de 7 A.M. 4P.M y sábados de 8 A.M. a 12P.M.

Los programas que se incluyen en la visita domiciliaria son: terapia física para lesiones neurológicas y osteomusculares, terapia respiratoria, estimulación temprana, psicoprofilaxis, masajes y geriatría.

5.5.3 Funciones de la Fisioterapia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1958 a la Fisioterapia como: "El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del

movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución”.Por su parte, la Confederación Mundial por la Fisioterapia (WCPT) en 1967 define a la Fisioterapia desde dos puntos de vista:

- Desde el aspecto relacional o externo, como “uno de los pilares básicos de la terapéutica, de los que dispone la Medicina para curar, prevenir y readaptar a los pacientes; estos pilares están constituidos por la Farmacología, la Cirugía, la Psicoterapia y la Fisioterapia”
- Desde el aspecto sustancial o interno, como “Arte y Ciencia del Tratamiento Físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos curan, previenen, recuperan y readaptar a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico”
- Las funciones de la Fisioterapia son tres: Asistencial, Docente e Investigadora y de Gestión.
 - Función Asistencial Relación que el fisioterapeuta, como profesional sanitario, establece con la sociedad sana y enferma con la finalidad de prevenir, curar y recuperar por medio de la actuación y técnicas propias de la fisioterapia. El fisioterapeuta deberá establecer una valoración previa y personalizada para cada enfermo a partir del diagnóstico médico, que consistirá de un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica de fisioterapia, en función de los cuales, planteará unos objetivos terapéuticos y en consecuencia diseñará un plan terapéutico

utilizando para ello los agentes físicos propios y exclusivos de su disciplina. Sin ningún género de dudas, la herramienta principal del fisioterapeuta es la mano y en consecuencia, la terapia manual. Así:

- Masoterapia: aplicación de distintas modalidades de masaje, como el masaje terapéutico, el drenaje linfático manual terapéutico, el masaje transverso profundo, crió-masaje, masaje deportivo, inducción y liberación miofascial, técnicas manuales neuro-musculares, miotensivas, masaje del tejido conjuntivo, masaje reflejo, masaje del periostio, etc.
- Kinesioterapia, o Terapia por el Movimiento.
- Fisioterapia Manipulativa Articular.
- Ejercicios Terapéuticos.
- Reeducción postural global y métodos kinésicos manuales analíticos o globales de valoración y tratamiento, potenciación, estiramiento y reequilibración de la función músculo-esquelética. (Distintas concepciones según la escuela: así, tenemos distintos conceptos, como la R.P.G., Mézières, Cadenas Musculares, método G.D.S., etc...)
- Movilizaciones articulares, neuro-meníngeas, faciales y viscerales.
- Métodos manuales de reeducación del tono postural, sinergias y patrones neuro-motores patológicos en el caso de la Fisioterapia Neurológica (Igualmente, aquí encontramos distintos conceptos

según la escuela: Brunnstrom, Bobath, Perfetti, Vojta, Castillo-Morales, LeMetayer, etc...)

- Métodos manuales de desobstrucción de la vía aérea, reequilibración de los parámetros ventilatorios y reeducación al esfuerzo en el caso de la Fisioterapia Respiratoria.
- Gimnasia miasténica hipopresiva y otros métodos analíticos o globales para la reeducación de disfunciones pélvicas uroginecológica en el ámbito de la Fisioterapia Obstétrica.
- Vendaje funcional y Kinesio-Taping.

Pero también se ayuda de otros agentes físicos:

- Electroterapia: aplicación de corrientes eléctricas.
- Ultrasonoterapia: aplicación de ultrasonidos.
- Hidroterapia: Terapia por el Agua.
- Termoterapia: Terapia por el Calor.
- Mecanoterapia: aplicación de ingenios mecánicos a la Terapia.
- Radiaciones: excepto radiaciones ionizantes.
- Magnetoterapia: Terapia mediante Campos Electromagnéticos.
- Crioterapia: Terapia mediante el Frío.
- Láser-terapia.
- Vibro-terapia.
- Preso-terapia.
- Terapia por Ondas de Choque Radiales.

- Electro bio-feedback.
 - Otros agentes físicos aplicados a la terapia.
- **Función Docente e Investigadora.** La Fisioterapia es una profesión sanitaria que está integrada en la Universidad; corresponde pues al fisioterapeuta docente proporcionar una formación cualificada a sus alumnos, adaptarse a los nuevos avances científicos que se produzcan en la profesión para así poder proporcionar una formación en todo momento actualizada y participar en estudios de investigación propios de su disciplina.
- **Función de Gestión.** El Fisioterapeuta puede o no tener la responsabilidad de participar en la Gestión de los Gabinetes o Centros de Fisioterapia donde realiza su actividad sanitaria, variando esto según la legislación vigente de cada país.
- **Procesos en los que interviene la Fisioterapia.** La Fisioterapia intervendrá en los procesos patológicos de todas las Especialidades de Medicina física y Rehabilitación. Siempre que en ellos esté indicada bajo prescripción médica la aplicación de cualquiera de las modalidades de Terapéutica Física antes descritas, siendo el médico Rehabilitador el responsable de la valoración y planificación de objetivos y medidas terapéuticas propias de su disciplina:
 - Obstetricia y ginecología: Reeduación pre y post parto, incontinencia urinaria, etc.
 - Pediatría: Parálisis Cerebral Infantil, Parálisis Braquial Obstétrica, Bronquiolitis, Artrogriposis, Atención Temprana, etc.

- Vascular: Fisioterapia en Amputados, drenajes linfáticos y venosos, etc.
- Neurología: Ciática, Hernias de disco, Hemiplejías, Esclerosis múltiple, Parkinson, Parálisis Nerviosas, TCE, Lesión medular, etc.
- Gerontología: pérdida de movilidad y funcionalidad del paciente anciano.
- Neumología: EPOC, Fibrosis quística, Lobectomía, etc.
- Traumatología y Ortopedia: Esguinces, fracturas, luxaciones, roturas musculares, lesiones deportivas, desviaciones de la columna, recuperación postoperatoria.
- Reumatología: Artrosis, Artritis, Fibromialgia, calcificaciones, Osteoporosis, Espondiloartritis, etc.
- Cardiología: Reeduación al Esfuerzo de pacientes cardiópatas.
- Oncología: Linfedemas post-mastectomías.
- Rehabilitación.
- Fisioterapia del Paciente Quemado.
- Otras: Alteraciones psicósomáticas, Estrés, etc.

En función de la patología o la lesión, la fisioterapia en algunos casos es terapia de primera elección y en otros es un apoyo de gran ayuda al tratamiento médico o farmacológico.

- Posibles efectos secundarios. La Fisioterapia, al ser una terapia que se basa en elementos naturales, como son los agentes físicos, en general no produce efectos secundarios, ni mucho menos toxicidad de ningún tipo. Si hubiere efectos secundarios, estos se deberían a las contraindicaciones

que las diversas terapias presentan, o bien, como en toda praxis médica, debido a una mala actuación profesional.⁹

5.5.4 Movimiento corporal humano. Desde la antigüedad la medicina reconoció al movimiento corporal como una herramienta de su práctica, Sin embargo, los distintos marcos filosóficos y políticos a través de los cuales Occidente desarrolló su historia, determinaron que el movimiento corporal (como en realidad el cuerpo mismo) fuera cambiando en su concepción, y por lo tanto, la mirada médica en cada época formuló modelos de corporeidad diferentes y asimiló de distinta forma el cuerpo y su conducta, es decir el movimiento. Al avanzar la Edad Moderna, la medicina resolvió su problema epistemológico adoptando definitivamente el formato de una práctica con una fundamentación teórica de tipo científico, siendo éste el marco en el que cualquier iniciativa de la práctica debe desarrollarse en la actualidad. El objetivo de esta presentación es la propuesta de lineamientos conceptuales básicos para incorporar el movimiento corporal a la práctica médica de manera sistemática, a partir de fundamentaciones teóricas científicas, que se conviertan en soporte de la entidad y procedencia de la especialidad identificada como Medicina del Deporte.

El movimiento del cuerpo, según sus características, produce distinto tipo de alteraciones orgánicas y subjetivas. Estos cambios, al suceder sobre el fondo de un estado de salud concreto, ya sea normal o patológico, causan condiciones especiales que deben ser tenidas en cuenta en la práctica médica.

⁹ Funciones de la Fisioterapia. www.wikipedia.org/wiki/fisioterapia. [consulta 29 de julio de 2007]

Algunos de los cambios producidos pueden ser benéficos, otros deletéreos, otros tantos posiblemente resultarán inocuos, pero para poder determinar la conveniencia, contraindicación o simplemente establecer la compatibilidad de determinados tipos de actividad motriz con condiciones de salud dadas, se deben conocer por supuesto las determinaciones de las mismas, por medio de las fundamentaciones teóricas clásicas de la medicina, es decir, la patología, la clínica, la farmacología etc, pero se debe asimismo conocer el modo de caracterizar teórica y científicamente el movimiento corporal y, a partir de allí, estudiar la evidencia con respecto a su utilidad o peligrosidad en esas circunstancias. Esto requiere de fundamentaciones teóricas nuevas (al menos nuevas para los médicos), que no son las clásicas de la medicina pero que sí son de carácter sistemático y científico.

El desempeño motriz modifica agudamente parámetros orgánicos. Si se aplican cargas determinadas de manera crónica sobre el sujeto, produce cambios de estructura que tienden a tener permanencia y alteran ya definitivamente funciones y fisonomías. El ejercicio también puede alterar el efecto de drogas utilizadas como medicamentos, en algunos casos mejorando la perspectiva terapéutica, en otros restando efecto y, por lo tanto, poniendo en peligro la eficacia de la farmacoterapia.

Dispositivos artificiales insertos en el cuerpo pueden condicionar la realización de tareas físicas, como en el caso de los marcapasos o las prótesis de reemplazo articular, determinando limitaciones al tipo de práctica corporal posible que solamente pueden conocerse en base al conocimiento de los

propios dispositivos, pero también de los requerimientos orgánicos planteados por el movimiento.

Importa mucho entender que no solamente los parámetros orgánicos que la medicina reconoce clásicamente como indicadores de salud pueden ser profundamente influenciados por el ejercicio, como por ejemplo, el nivel de glucosa o de grasas en sangre, la sensibilidad a la insulina, el peso, la distribución del tejido adiposo o la tensión arterial, sino que debe comprenderse que es imperativo formular la propia capacidad física, como un componente fundamental de la salud, ya que muchísimas veces el sujeto está afectado en su bienestar y posibilidades, principalmente por una disminución de la capacidad física, y claramente en esa situación que lo incapacita y disminuye no puede entenderse que esté sano.

Esta situación de menoscabo de la posibilidad de realización física, con su correlato de compromiso del bienestar y disminución de la capacidad de acción en un amplio sentido, puede darse en presencia de parámetros morfológicos, bioquímicos, y en general, de resultados de las pruebas médicas clásicas completamente normales, por lo que se impone si es que va a aceptarse la idea de incorporar el movimiento del cuerpo a la práctica médica desarrollar el concepto de que la evaluación de la capacidad física deberá formar parte de los recursos y prácticas de esta especialidad.

Al poner en práctica la utilización del movimiento del cuerpo para la gestión de salud, se vuelve clave el "concepto" de movimiento corporal que el médico decida utilizar. Aunque parezca secundario o banal, el hecho de si, cuando el médico decide utilizar el movimiento, piensa en "ejercicio", "actividad física",

"deporte", "trabajo físico", "trabajo corporal" o "entrenamiento", se vuelve definitorio del encuadre que va a darle a ese intento de gestionar la salud de un sujeto con ese recurso, ya que cada una de estas designaciones del movimiento remiten a tipos de práctica corporal distintos en su aspecto mecánico y orgánico, pero también estético, social, político y escénico. Todas estas conceptualizaciones del movimiento corporal pueden ser útiles para una persona determinada, pero ninguna adapta a todas las personas, no sólo por motivos de sus diferentes capacidades motoras o condiciones de salud, sino también por sus distintas extracciones sociales, niveles culturales y económicos, sus experiencias corporales anteriores, y sobre todo sus gustos y preferencias, frecuentemente desestimados o ni siquiera indagados a la hora de decidir qué tipo de propuesta de tarea física podría servirle a cada persona en particular.

El movimiento del cuerpo es, ante todo, una conducta generada voluntariamente, de manera responsable y con implicaciones perceptivas y significaciones enormemente gravitantes. Claramente no se trata de un acto más o menos extemporáneo y sencillo como tomar una pastilla o recibir una aplicación inyectable¹⁰

5.5.5 Fisioterapia domiciliaria. El objetivo general es contundente: conseguir un estado de salud en las 3 dimensiones:

- Físico: tratamiento en la capacidad física.

¹⁰ El movimiento corporal humano: sitio en Internet. http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=294{ consulta:29 junio de 2007}

- Psíquico: inquietudes, motivación a la terapia.
 - Social: posibilidad de relaciones sociales (movilidad, comunicación, motivación ante otras personas)
- Objetivos:
- Conseguir el mayor grado de independencia en las actividades cotidianas (lavarse, peinarse, bajar escaleras) y funcionalidad, así como la integración social en su medio.
 - Evitar los ingresos hospitalarios y otras alternativas más traumáticas para el paciente.
 - Recursos materiales:
 - Dependencia: domicilio del individuo, en un lugar que éste lo mejor acondicionado para la terapia.
 - · Materiales: camilla, bastones, vendas, equipos de electroterapia, sistemas de calor seco.
 - Consideraciones en el tratamiento domiciliario:
 - Consultar los datos médicos de la persona a tratar para determinar las intensidades de trabajo y nuestro objetivo.
 - Hacer ejercicios que impliquen el movimiento de la persona.
 - Especial cuidado con las lesiones.
 - Perseverancia, tenacidad y paciencia para conseguir el fin buscado.
 - Pacientes subsidiarios de tratamiento fisioterápico:
 - Pacientes con problemas respiratorios (tanto procesos agudos como crónicos):

- Mejorar su capacidad respiratoria.
- Hacerlos capaces de afrontar un esfuerzo algo mayor al reposo sin que les lleve a la fatiga.
- Limpiar el aparato respiratorio de secreciones.
- Dar consejos de salud (no fumar, aire fresco)
- Pacientes con procesos reumatológicos y artrosis:
 - Masaje de relajante, tonificante y analgésico.
 - Mejorar las articulaciones y músculos.
 - Higiene postural.
 - Consejos para evitar consecuencias mayores.
- Pacientes con problemas neurológicos (hemiplejía, apoplejía, paraplejía, IMOC, Parkinson)
 - Reeducar su sistema nervioso
 - Darle la mayor movilidad y sensibilidad posibles
 - Conseguir la mayor funcionalidad en las actividades de la vida diaria.
 - Observar y controlar los sistemas de apoyo (prótesis, bastones, silla de ruedas)
 - Controlar las revisiones del neurólogo para ver su evolución.
- Pacientes que han sufrido un traumatismo(óseo, muscular, nervioso):
 - Prevenir de los factores que pueden provocar el traumatismo: caídas, escaleras.
 - Favorecer la recuperación del traumatismo con el menor dolor posible.

- Llevar al paciente hasta el estado en el que se encontraba antes del trauma (en la medida de lo posible)
 - Pacientes con afectación del intelecto (Alzheimer):
 - Dinamizar a la persona que sufre la demencia, pues queda recluida por su dificultad de comunicación.
 - Ayudarle en su proceso de "nuevo aprendizaje del medio"
 - Colaborar con la familia en adecuar el hogar a las necesidades de la persona.
 - Mejorar su grado de independencia.
- Sesiones - duración - seguimiento.: Las sesiones del tratamiento son de una por día con una duración comprendida entre una hora - hora y media, que dependerá de las capacidades de la persona tratada (fatiga, estado físico, motivación, interés) y de las maniobras realizadas.
- El seguimiento se lleva a cabo a través de una serie de elementos:
- Evaluación inicial: aquí se anota el estado inicial de la persona (procesos que aqueja, enfermedades acompañantes, estado físico general) Se establecen objetivos.
 - Informe de seguimiento: se anotan los avances y no avances hacia la consecución de las metas.

- Informe al alta: al finalizar tratamiento se establece de nuevo el estado de la persona.¹¹

5.5.6 Discapacidad. La discapacidad hay que entenderla como un proceso social dinámico que depende de factores individuales (fisiológicos y psicológicos) pero también de factores socio-económicos, culturales y ambientales. No modificables como lo son:

- Edad
 - Sexo
 - Genéticos
 - Modificables
 - Individuales: Enfermedades
 - Alteraciones funcionales
 - Cognición: psicológicos
 - Entorno: Soporte social
- Factores de riesgo en la pérdida funcional
- Alteración cognitiva
 - Depresión
 - Comorbilidad
 - Situación funcional de la extremidad inferior
 - Escasos contactos sociales

¹¹ Fisioterapia a domicilio. Sitio en Internet
www.efisioterapia.net/articulos/accesible.php?id=32 - 9k {consulta: 01de julio de 2007}

- Poca actividad física
 - Mala percepción de salud
 - Alteración visual
- Factores de riesgo de discapacidad
- Enfermedades crónicas
 - Alteraciones sensoriales (vista - oído)
 - Síntomas depresivos
 - Limitaciones funcionales (marcha, escaleras), fuerza, equilibrio
 - Factores genéticos
 - Estilos de vida: Actividad física, peso óptimo, fumar.
 - Alteraciones cognitivas
 - Aspectos psicológicos
 - Aspectos de entorno: Lugar vivienda, Económicos, Sociales
- Consecuencias de la Discapacidad. Tanto las causas como las consecuencias de la discapacidad varían en todo el mundo, tales variaciones van a depender del contexto cultural que converge en cada región y también de las características socioeconómicas que presenten los diversos sectores del mundo.

Destacamos entonces que la principal problemática del tema de la discapacidad es la situación de exclusión social en diferentes instancias y pobreza en la mayor parte, dada la inexistencia de igualdad de oportunidades a las cuales se ven enfrentados los sujetos con discapacidad ya sea física, mental, sensorial, entre otras.

Podemos ver así que en las condiciones generales de vida se van entrecruzando múltiples factores limitantes que no permiten un desarrollo normal y conveniente para los sujetos con discapacidad. La ignorancia, el miedo, el abandono, la lastima son factores sociales que se han presentado a lo largo de toda la historia en relación al tema de la discapacidad, lo cual genera los conflictos educacionales, laborales, participativos, culturales entre otros que afectan directamente la integración social de sujetos discapacitados.

En el campo de la discapacidad, la integración se refiere al proceso de incorporar física y socialmente dentro de la sociedad a las personas con discapacidad, que se encuentran segregadas del resto de ella. Señala los esfuerzos para hacer que las personas pasen a ser miembros activos de la sociedad, teniendo los mismos privilegios y derechos que las personas "normales".¹²

Las diversas carencias y conflictos que se han planteado repercute en diversas actividades de la vida diaria de los sujetos discapacitados, impidiendo el desarrollo de habilidades y potencialidades e incluso de lograr una mejora en su calidad de vida, lo cual hace que la persona con discapacidad tenga aún más elevado su nivel de dependencia a otros, los cuales generalmente son miembros del grupo familiar.

¹² Discapacidad. sitio en Internet
http://www.unadr.org/nydrmun2006/guias/AG_NYDRMUN2006.doc {consulta 01 de julio de 2007}

Así la situación de desventaja en la que se halla una persona con discapacidad debe ser entendida no sólo por las secuelas de su deficiencia o daño, sino además, por la manera en que reacciona la comunidad y por las alternativas que ofrece a la formación y a la participación de la persona "diferente".

Según las naciones unidas las personas con discapacidad suelen ser objeto de discriminación a causa de los prejuicios o la ignorancia, y además es posible que no tengan acceso a los servicios esenciales. Se trata de una "crisis en silencio" que afecta no sólo a las propias personas con discapacidad y a sus familiares, sino también al desarrollo social y económico de sociedades enteras, en las que una buena parte del potencial humano se queda sin explotar.

5.5.7 Técnicas utilizadas para el tratamiento de la discapacidad. Las técnicas a utilizar para el tratamiento de los pacientes con algún tipo de discapacidad debido a patologías neurológicas u osteomusculares, son las siguientes:

- Cinesiterapia: Movilizaciones. Activas, pasivas, asistidas con todas sus técnicas y posturales.
- Fisioterapia respiratoria
- Termoterapia.
- Electroterapia
- Técnica de Bobath
- Técnico de Kabath

- -Técnica de Frenkel
- Mecanoterapia
- Técnicas de columna.

Y otras técnicas y métodos especiales cuya enumeración supera éste texto.

- **TECNICA DE BOBATH**

El objetivo habitual del tratamiento durante la etapa temprana y aguda de la hemiplejía del adulto es una rehabilitación a corto plazo que intenta sacar al paciente de la cama y hacerlo lo más independiente posible en las actividades de la vida diaria.

El principal problema del paciente es su incapacidad para dirigir los impulsos nerviosos a los músculos en muchas formas variadas y en diferentes combinaciones de patrones utilizados por una persona con un sistema nervioso central intacto.

La principal tarea del tratamiento es mejorar el tono y la coordinación teniendo reacciones activas normales del lado afectado en respuesta a la movilización.

Las reacciones normales a la movilización indican la capacidad del paciente para ejecutar los mismos movimientos en forma independiente e involuntaria.

Las reacciones más normales del paciente a la movilización durante el tratamiento nos muestra su potencial y sirven de guía al terapeuta en la planificación del tratamiento. También muestra qué técnicas utilizar y cuáles no utilizar, y cómo emplearlas, todo depende de la respuesta del paciente durante el tratamiento.

El objetivo del tratamiento debe ser inhibir los patrones de movimiento anormales del paciente, porque no podemos superponer patrones normales a los anormales.

- CINESITERAPIA

- CONCEPTO

La cinesiología es la ciencia que trata el movimiento. Para entender e interpretar los movimientos del hombre es fundamental que sepamos que es un organismo viviente y que su conducta ha sido modelada por sus antepasados antropológicos.

- FUNDAMENTOS DE LA CINESITERAPIA

El movimiento es un atributo fundamental de los seres vivos, ya que nos relacionamos con el medio ambiente.

Al movernos utilizamos una serie de palancas que están constituidas por los huesos, articulaciones y los músculos, este conjunto constituye el llamado aparato locomotor. Este conjunto se encuentra supeditado al sistema nervioso, siendo la unidad funcional a este nivel la unidad motora.

Cuando hay un buen funcionamiento, pero a nivel central se rompe alguna conexión, o bien por un problema de huesos, articulaciones o de músculos, intervenimos nosotros los fisioterapeutas para recuperar al paciente. Si este paciente ha permanecido durante mucho tiempo en reposo, habrá perdido

movilidad articular y tono muscular, por lo que nosotros tenemos que intentar que este recupere la mayor movilidad y el mayor grado posible de amplitud articular.

Tipos de movilizaciones:

- activas: el paciente la realiza.
- pasiva: es el fisioterapeuta el que mueve el miembro.
- Libre: el paciente hace ejercicios el sólo, pero hay que enseñarle.

Podemos definir la cinesiterapia como el arte de curar mediante movimientos físicos.

Existen una serie de fundamentos en cinesiterapia, como son la existencia de una repercusión biofísica, bioquímica y fisiológica a nivel de las distintas estructuras del cuerpo humano.

Podemos decir que la cinesiterapia es una ciencia médica que aplica los principios cinesiológicos, con una aplicación terapéutica siendo sólo una parte de la fisioterapia. De una forma macroscópica o práctica, la podemos definir como el tratamiento de:

- Las limitaciones articulares, que alteran la movilidad mediante la restauración de la movilidad.
- Impotencias musculares con restauración fisiológica muscular.
- Incoordinación de movimientos mediante la creación de engranajes o esquemas a nivel del sistema nervioso central, que permiten nuevos

movimientos que suplanten a los anteriores o la vuelta a la normalidad de los lesionados.

- TERMOTERAPIA

La termoterapia es la aplicación con fines terapéuticos de calor sobre el organismo por medio de cuerpos materiales de temperatura elevada, por encima de los niveles fisiológicos. El agente terapéutico es el calor, que se propaga desde el agente térmico hasta el organismo, produciendo en principio una elevación de la temperatura y, como consecuencia de esta elevación, surgen los efectos terapéuticos.

Para que un agente térmico se considere caliente debe estar entre los 34 y 36° C como mínimo y el límite superior está fijado con respecto a la sensibilidad cutánea y no debe sobrepasar los 58° C.

El calor se propaga de un cuerpo a otro mediante tres mecanismos:

La **conducción**, el calor se propaga por la cesión de energía cinética de las moléculas calientes a las frías adyacentes.

La **convención**, es una propagación de calor que se produce en los fluidos por desplazamiento del mismo.

La **radiación**, es la emisión de energía en forma de irradiación de longitud de onda determinada, que depende de su temperatura.

El hombre es un ser homeotermo, es decir, que mantiene su temperatura constante. Esto lo realiza por medio de un proceso denominado

termorregulación, necesario para poder realizar todos los procesos vitales. La variación de la temperatura va a poner en marcha la termorregulación y esto va a producir ante una elevación de la temperatura una vasodilatación periférica, sudoración, hiperventilación, irradiación térmica y piloerección. Si hay un descenso de la temperatura el cuerpo va a responder con una vasoconstricción periférica, un estímulo circulatorio profundo, activación de los órganos internos y contracción muscular.

Efectos terapéuticos de la termoterapia:

Efecto antiinflamatorio pudiendo utilizarse en inflamaciones excepto cuando están en fase aguda.

Efecto analgésico, se obtiene a los pocos minutos. La intensidad de la analgesia depende del grado de temperatura, el tiempo de aplicación y de las condiciones del paciente.

Efecto antiespasmódico, actúa sobre los espasmos y las contracturas musculares, tanto si son músculos esqueléticos o vísceras.

Efecto revulsivo, la termoterapia intensa local puede producir un aumento de la circulación sanguínea.

Efecto cauterizante, el calor aplicado en una zona limitada y con una intensidad muy superior a la tolerancia cutánea, produce la destrucción de los tejidos por quemadura.

- ELECTROTERAPIA

La electroterapia es la parte de la fisioterapia que, mediante una serie de estímulos físicos producidos por una corriente eléctrica, consigue desencadenar una respuesta fisiológica, la cual se va a traducirse en un efecto terapéutico.

Los principales efectos de las distintas corrientes de electroterapia son:

- Anti-inflamatorio.
- Analgésico.
- Mejora del trofismo.
- Potenciación neuro-muscular.
- Térmico, en el caso de electroterapia de alta frecuencia.
- Se aplica en procesos dolorosos, inflamatorios músculo-esqueléticos y nerviosos periféricos, así como en atrofas y lesiones musculares y parálisis.

- TECNICA DE KABAT

El método KABAT es un Método de rehabilitación que emplea la técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva. Que consiste en:

Facilitación: Es la sumas de estímulos. Nace el concepto de que cuando una vía aferente es excitada, queda facilitado el paso de los impulsos producidos por un segundo estímulo llegado al centro por la misma vía o por una vía convergente. En este método la facilitación sería la obtención pronta de una respuesta motora por medio de estímulos adecuados. Neuromuscular: Es en el mecanismo neuromuscular donde se espera el aumento de la respuesta.

Propioceptiva: Las terminaciones nerviosas incluidas dentro de los músculos, articulaciones, ligamentos, tendones son las que dan el conocimiento de la posición que ocupa el cuerpo en el espacio. Por estiramiento, relajación, presiones, etc. engendra una serie complicada de reflejos (reflejo miotático) que en cierta manera gobierna la acción de los músculos agonistas y antagonistas. Es el estímulo de esta vía el que se emplea en esta técnica. Estas técnicas pueden definirse como métodos de promoción a las respuestas del mecanismo neuromuscular por medio de la estimulación de los propioceptores. Para la realización de este método el Fisioterapeuta, sigue aproximadamente este esquema: Comando verbal, Contacto manual, Tracción y presión, Estímulo y reflejo de estiramiento, Resistencia máxima, Patrones de movimiento, Entrenamiento muscular y Técnica de relajación.

En resumen: El Método Kabat ha demostrado su eficacia en el tratamiento de las hemiplejías consecutivas o accidentes cerebro-vasculares, donde por tratarse de un problema central no puede apelarse a ningún tratamiento periférico, sino a la reeducación racional y científica. Las distintas técnicas enunciadas se van empleando en forma combinada o sucesiva según el caso, lográndose resultados altamente satisfactorios.¹²

- EJERCICIOS RESPIRATORIOS

¹² Kabat H (1950) studies on neuromuscular dysfunction. XIII New concepts and techniques of neuromuscular reeducation for paralysis. Perm Found Med Bull 8 (3): 121-143

Son maniobras pasivas o activas encaminadas al mejoramiento, mantenimiento o restauración de la función muscular respiratoria, como parte fundamental del manejo del cuidado respiratorio y la rehabilitación pulmonar.

El objetivo es disminuir la fatiga muscular, normalizar el patrón diafragmático, restablecer el uso del diafragma como músculo respiratorio principal evitando el uso de músculos accesorios, mejorar y redistribuir la ventilación alveolar, mejorar mecánica torácica, lograr la estimulación de los músculos respiratorios y movilizar las secreciones.

Los ejercicios que se realizan para lograr estos objetivos son:

- Ejercicios de reeducación diafragmática
- Ejercicios de respiración controlada
- Ejercicios de fortalecimiento
- Ejercicio de mecánica torácica
- Ejercicios de facilitación respiratoria

- TÉCNICA DE MACKENZIE

Son movimientos y posiciones para mejorar la mecánica a nivel de la columna lumbar. Se practica en personas con mala postura menor de 30 años.

Sedentarismo. Dolor intermitente, cuando no haya deformidades congénitas o limitaciones de movimiento.

Su objetivo principal es tratar el: síndrome postural, higiene postural, fortalecimiento y flexibilidad.

Esta indicada para personas con debilidad en la musculatura extensora, dolores posturales. Personas empleadas en trabajo pesado.

- TECNICA DE RISSER – KESTER

Su objetivo es preservar o reinstaurar el alineamiento mecánico de la columna y pelvis, quiere lograr una acción reciproca entre músculos y ligamentos para producir mayor estabilidad a nivel de la columna.

Estos ejercicios básicos están dirigidos a la corrección de las fallas mecánicas que comúnmente contribuyen en aumentar el grado de dolor lumbar.

5.5.8 Fisioterapia y Rehabilitación. Existe un error común y es considerar que fisioterapia y rehabilitación es lo mismo.

No es exactamente así. La rehabilitación es la recuperación física, psíquica, social y laboral, es decir, la rehabilitación es la recuperación global del enfermo o lesionado.

La fisioterapia sólo se ocupa de la recuperación física. La rehabilitación, es pues, un trabajo multidisciplinar. Se podría decir que en el proceso de rehabilitación, interviene la fisioterapia, pero la fisioterapia no es toda la rehabilitación. En el proceso de rehabilitación de un enfermo, además de la fisioterapia, interviene el especialista, la logopedia, la terapia ocupacional, la psicología, etc.

- Enfermedad Cerebrovascular (ECV): Un accidente cerebrovascular es una interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro y, algunas veces, se le denomina "ataque cerebral".¹³

Nombres alternativos: Enfermedad cerebro vascular; Derrame cerebral; ACV; Infarto cerebral; Hemorragia cerebral; Accidente cerebro vascular isquémico.

El objetivo de la rehabilitación en la enfermedad cerebrovascular es minimizar las repercusiones personales, familiares y sociales del ictus, hasta un nivel lo más parecido posible a la situación premórbida. Para el éxito de un programa rehabilitador deberán plantearse unos objetivos concretos mediante la identificación de los problemas que más incapaciten al paciente, dentro de un plan global de rehabilitación que involucre tanto al paciente como a su familia, médico de asistencia primaria, médico rehabilitador, neurólogo y otros especialistas.

- Trauma Cráneo Encefálico (TCE): Los TCE constituyen un problema de salud pública, debido a su carácter epidémico actual. Por otro lado, un gran número de personas que presentan un TCE moderado o severo, posteriormente tienen discapacidades permanentes.

Un TCE es una lesión cerebral causada por una fuerza externa, la cual puede producir una disminución o alteración de la conciencia y, eventualmente, un déficit de las habilidades cognoscitivas y/o de las funciones físicas.

¹³ Enfermedad cerebrovascular. Sitio en Internet. www.infododer.org/neuro/caps.htm {consulta 01 de julio de 2007}

Entre los objetivos de la rehabilitación después de un traumatismo craneoencefálico está la mejoría de la función cerebral el aumento del grado de independencia la prevención de complicaciones y la obtención de un ambiente aceptable para el paciente.¹⁴

- Insuficiencia Motora de Origen Cerebral (IMOC): Trastorno del movimiento y la postura, lesión en el cerebro o malformación.

No progresivo tienden a mejorar, deterioro en la coordinación y actividad muscular; incapacidad para la postura y movimientos, afecta el lenguaje, audición y percepción con cierto grado de retardo mental y epilepsia.

Se realiza el tratamiento con las siguientes técnicas: Bobath, Rabat, Doma-Delacata, Vojta, Le Metayer y Peto.

- Esclerosis Múltiple: La esclerosis múltiple (EM; MS, en sus iniciales inglesas y alemanas) es una enfermedad desmielinizante, neurodegenerativa, crónica y no contagiosa del sistema nervioso central. No existe cura y las causas exactas son desconocidas. Puede presentar una serie de síntomas que aparecen en ataques o que progresan lentamente a lo largo del tiempo. Se cree que en su progreso actúan mecanismos autoinmunes.

Reeducar y mantener todo el control voluntario disponible.

- Reeducar y mantener los mecanismos posturales normales.
- Mantener la amplitud completa del movimiento de todas las articulaciones y tejidos blandos, y enseñar al paciente y/o a sus familiares, procedimientos de

¹⁴ Trauma cráneo encefálico. Sitio en Internet www.neurocirujia.com/diagnostico/tce/Tce.htm {consulta 01 de julio de 2007}

estiramiento adecuados para prevenir contracturas.

- Incorporar técnicas de tratamiento en la forma de vida relacionándolas con actividades diarias adecuadas, suministrando de este modo una forma para mantener toda mejoría que se obtenga.

- Ofrecer consejo acerca de la utilización sensata de la energía.

- Evitar el uso de movimientos anormales, que es en sí mismo ineficiente y cansador y que puede inhibir la función.

- Inhibir cualquier tono anormal

- Estimular toda experiencia sensitiva y perceptual y mantener la experiencia del movimiento normal a lo largo del curso de la enfermedad, no solamente para explotar el potencial sino para capacitar al paciente para que se sienta mas seguro y se mueva mas libremente al ser requerida la asistencia de familiares o ayudantes en los estadios posteriores de la enfermedad.¹⁵

- Amputaciones: Una amputación es una condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser una lesión, una enfermedad o una operación quirúrgica. Las deficiencias congénitas (presentes al nacer) se producen cuando un bebé nace sin una extremidad o sin una parte de ella. En Estados Unidos, el 70 por ciento de las amputaciones se deben a enfermedades, el 22 por ciento a traumatismos, el 4 por ciento son congénitas y otro 4 por ciento tienen su origen en un tumor. Aproximadamente 1.2 millones

¹⁵ Esclerosis múltiple. Sitio en Internet es.wikipedia.org/wiki/esclerosismultiple {consulta 01 de julio de 2007}

de personas en EE.UU. viven con una amputación, realizándose 185.000 cada año.

La pérdida de una extremidad produce una discapacidad permanente que puede afectar la imagen que el paciente tiene de sí mismo, sus cuidados personales y su movilidad (movimiento). La rehabilitación del paciente que ha sufrido una amputación comienza después de la cirugía durante la fase aguda del tratamiento. Cuando el estado del paciente mejora, se suele empezar un programa de rehabilitación más extensivo.

El éxito de la rehabilitación depende de numerosas variables, entre las cuales se incluyen las siguientes:

- El nivel y el tipo de la amputación.
- El tipo y el grado de los deterioros e incapacidades resultantes.
- El estado general de salud del paciente.
- El apoyo de la familia.¹⁶

- Parkinson: Los enfermos de Parkinson (EP) experimentan a menudo Entumecimiento o rigidez en los músculos, dificultades para moverse y problemas en el equilibrio y la postura.

Los fisioterapeutas alivian la rigidez y la incomodidad de los músculos y de las articulaciones mediante el uso de ejercicio,

¹⁶ Amputación. Sitio en Internet www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/amputee.html {consulta 01 de julio de 2007}

relajación, tratamientos físicos tales como calor y frío, así como con el delicado movimiento de las articulaciones y el estiramiento de los músculos (manipulación). También pueden enseñarle a la gente a hacerlo por sí mismos.

Los músculos que apenas utilizamos tienden a perder fuerza. Los fisioterapeutas pueden aconsejarle unos determinados ejercicios para mantener o aumentar la

fuerza del músculo. Estos ejercicios también puede realizarlos en casa. Se sentirá más cómodo/a y más seguro/a y, por consiguiente, más independiente. Las personas con parkinson tienen a menudo dificultades para realizar las acciones cotidianas tales como andar normalmente, levantarse de una silla, darse la vuelta en la cama y levantarse de ella. Los fisioterapeutas pueden enseñarle cómo afrontar estos problemas y hacer que sean más fáciles. Pueden recomendarle algunos aparatos o ayudas para andar así como otros equipos adecuados.¹⁷

- Alzehiemer: La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro para la cual no existe recuperación. Es la más común de las demencias. Lentamente, la enfermedad ataca las células nerviosas en todas las partes de la corteza del cerebro, así como algunas estructuras circundantes, deteriorando así las capacidades de la persona de

¹⁷ Parkinson. Sitio en Internet <http://infopark.cardiff.ac.uk/es/patientinformation/infosheet07.pdf> {consulta 01 de julio de 2007}

controlar las emociones, reconocer errores y patrones, coordinar el movimiento y recordar. Al final, la persona pierde toda la memoria y funcionamiento mental. Es ahora la cuarta causa principal de muerte en los adultos y, a menos que se desarrollen métodos eficaces para la prevención y el tratamiento, la Enfermedad de Alzheimer alcanzará proporciones epidémicas para mediados del siglo.

Es necesario evaluar las funciones sensoriales de las personas con enfermedad de Alzheimer y si se detectan déficit, debe ayudarse al paciente con aparatos para aumentar su capacidad de oír, lentes y cirugía de cataratas en la medida que sea adecuado. La buena alimentación y el mantenimiento de la salud son importantes, aunque generalmente no es necesario seguir dietas especiales ni tomar suplementos nutricionales. El ejercicio es importante y se debe estimular.

Con el tiempo puede que el monitoreo y la asistencia durante las 24 horas del día sean necesarios para brindar un ambiente seguro, controlar las conductas agresivas o agitadas y satisfacer las necesidades fisiológicas. Esto puede incluir cuidado casero, hogares de atención, cuidado de adultos en el día u hogares de convalecencia.

- Neumonía: inflamación aguda de los pulmones, en general causada por la inhalación de neumococos, que hace que los alvéolos y bronquiolos pulmonares se taponen con exudados fibrosos. La neumonía puede deberse a otras bacterias como: virus, rickettsias, y hongos, pero en el 85% de los casos la causa es una infección neumocócica. El tratamiento de la neumonía consiste

en reposo en cama, administración de líquidos, antibióticos y analgésicos. Además de una terapia respiratoria.

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Como se ha comentado previamente, la disnea constituye el síntoma más frecuente de la EPOC, limitando la capacidad de ejercicio y la calidad de vida. Únicamente con el tratamiento farmacológico actual no se consigue controlar dicho síntoma de una forma eficaz, por lo que se deben emplear otras medidas que consigan la readaptación del paciente a su actividad cotidiana.

La rehabilitación respiratoria ha sido definida como el "conjunto de intervenciones terapéuticas pluridimensionales dirigidas a los pacientes con enfermedad pulmonar y a sus familias, generalmente aplicadas por un equipo multidisciplinario, cuyo objetivo es alcanzar y mantener el mayor nivel de independencia y actividad del individuo dentro de la comunidad".

- Neuropatías Periféricas: Es una insuficiencia de los nervios que llevan la información hasta y desde el cerebro y la médula espinal, lo cual produce dolor, pérdida de la sensibilidad e incapacidad para controlar los músculos.

La neuropatía periférica es muy común. Dado que existen muchos tipos y causas de neuropatía y que los científicos no siempre se ponen de acuerdo acerca de la misma definición de esta condición, su incidencia exacta no se puede determinar con precisión.

Los factores de riesgo para la neuropatía incluyen, entre otros: diabetes, consumo excesivo de alcohol y exposición a ciertos químicos y drogas. Algunas personas presentan una predisposición hereditaria para esta afección.

Las terapias vocacional y ocupacional y la fisioterapia al igual que otras intervenciones ortopédicas pueden ser recomendables para fomentar la capacidad de cuidar de sí mismo y tener independencia. Por ejemplo, el ejercicio y el reentrenamiento se pueden utilizar para aumentar la fuerza y el control muscular. El uso de sillas de ruedas, aparatos ortopédicos y férulas puede mejorar la movilidad o la capacidad para utilizar una extremidad afectada.

- Osteoartritis: El cartílago pierde su elasticidad y es más propenso a sufrir daños. El sinovio se inflama como resultado del desgaste del cartílago. Se expone el hueso subyacente y la articulación puede perder su forma natural. Quistes llenos de líquido pueden formarse en el hueso junto a la articulación.

Tratamiento: Terapia Física, Estiramiento, Ejercicio Aeróbico.

- La Enfermedad Cardíaca Isquémica (ECI): Es probablemente la patología más importante desde el punto de vista epidemiológico en el mundo occidental en el presente siglo, debido a que causa el 50% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, las cuales a su vez responden por la mitad de la mortalidad por cualquier causa. La causa más común de la ECI, es la aterosclerosis coronaria. La aterosclerosis es una enfermedad de la íntima de las arterias, crónica, progresiva y multifocal que, en el caso de las

coronarlas está limitada a los vasos epicárdicos de grande y mediano calibre; la obstrucción distal severa (vasos de pequeño calibre) tiende a ocurrir en corazones con severa enfermedad proximal y en todo caso las lesiones son menos exuberantes que las proximales.

Tratamiento, está encaminado principalmente a reducir el área del infarto y prevenir las complicaciones tanto eléctricas como mecánicas.

6. PROCESO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de Estudio. Descriptivo: Los estudios descriptivos son aquellos que estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales. Por definición, los estudios descriptivos conciernen y son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. De ellos se derivan frecuentemente eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior. Por ejemplo, un estudio descriptivo puede ser diseñado para conocer las características y distribución de los pacientes ingresados a hospitales debido a accidentes de tránsito en los que está involucrado el consumo de alcohol. No hay en este caso, ninguna relación etiológica puesta en juego, la que si pudiese desprenderse de los hallazgos de esta descripción. El estudio descriptivo es un tipo de metodología a aplicar para deducir un ambiente o circunstancia que se esté presentando; se aplica describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describe el órgano u objeto a estudiar. En el presente proyecto, se analizaron las diferentes EPS de la ciudad de Medellín y del área metropolitana en concreto. Se buscaron en cual de estas entidades se presta un servicio domiciliario de fisioterapia, se analizaran todas las variables mas importantes para que se pueda elaborar un proceso de investigación monográfico como el situado.

6.2 Método. El método es deductivo en el, se suele decir que se pasa de lo general a lo particular, de forma que partiendo de unos enunciados de carácter universal y utilizando instrumentos científicos, se infieren enunciados particulares, pudiendo ser axiomático-deductivo, cuando las premisas de partida están constituidas por axiomas, es decir, proposiciones no demostrables, o hipotéticos-deductivo, si las premisas de partida son hipótesis contrastables. Corresponde a una investigación aplicada, también conocida como activa o dinámica, corresponde al estudio y aplicación de la investigación a problemas definidos en circunstancias y características concretas. La investigación aplicada se halla estrechamente unida a la investigación pura pues, en cierta forma, depende de sus hallazgos y aportaciones teóricas. Es un enfoque analítico, donde se materializa y se buscan las variables más importantes en la prestación del servicio, se hace un cruce de la información, mediante el proceso de inferencia deductivo. Dicho análisis permite optimizar recursos, materializar sistemas, concretar procesos de trabajo. Dicho método en síntesis analiza la más importante de la prestación de servicios para trabajar con eficiencia y eficacia dependiendo de las necesidades, del número de usuarios y las diferentes patologías y psicopatologías de las personas que se les vaya a prestar este servicio

6.3 Enfoque. La investigación es de tipo cualitativa y cuantitativa. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la

observación participante y entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Además, el trabajo es de carácter humano, social, biológico, a través de la prestación de un servicio, utilizando nuestras capacidades como fisioterapeutas de la Fundación Universitaria Maria Cano y por último tiene un enfoque de rehabilitación. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables

6.4 Diseño. La investigación es de tipo cualitativa y cuantitativa. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones,

su estructura dinámica. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Además, el trabajo es de carácter humano, social, biológico, a través de la prestación de un servicio, utilizando nuestras capacidades como fisioterapeutas de la Fundación Universitaria Maria Cano y por último tiene un enfoque de rehabilitación. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables

6.5 Población Beneficiada. Los usuarios cotizantes y/o beneficiarios, afiliados a la EPS SaludVida de la ciudad de Medellín, los cuales son 4000 aproximadamente en la actualidad...

6.6 Fuentes de Información. La ley 528 de 1999, la Ley 100/93, la información recibida de la EPS: Salud vida, toda la capacitación recibida durante la carrera de Fisioterapia, el Diplomado en mercadeo en servicios de Salud con una duración de 6 meses, la Asesoría de Víctor Alejandro Acevedo U. , Delio Ossa. En conclusión todos los contenidos recibidos en este semestre en el diplomado de Mercadeo en Servicios de Salud, es una fuente primaria de consulta para la realización de la propuesta de estudio.

6.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

6.7.1 Fuentes Primarias: Observamos las diferentes EPS que ofrecen el servicio domiciliario y se encontró que Saludvida EPS no cuenta con este

servicio. Además realizamos un sondeo con personas conocidas y familiares de cómo les parecería el servicio de Fisioterapia a domicilio para la EPS Saludvida.

6.7.2 Fuentes Secundarias: se utilizaron libros, documentos e información de Internet. Estos proporcionaron la información necesaria para desarrollar el trabajo con fundamentación.

6.7.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos: se utilizó la técnica natural de Observación: que se aplicó a las diferentes EPS de la ciudad de Medellín, con el propósito de saber: Si se prestaba el servicio, que tipo de población es la beneficiada y cuáles son los requisitos para adquirir el servicio. Toda ésta información fue administrada vía telefónica y por Internet.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

7.1 Estructuración de un servicio de fisioterapia domiciliaria

Misión

El programa de fisioterapia domiciliaria es un servicio comprometido con la rehabilitación y habilitación de los pacientes neurológicos y ortopédicos, pertenecientes a la EPS Salud Vida, desarrollándose con sentido humano, calidad y ética.

Visión

El servicio de fisioterapia a domicilio de la EPS Salud Vida será en el año 2010 un programa elite para esta EPS, el cual buscara continuamente su perfeccionamiento, para brindar mayor calidad a sus usuarios.

Objetivos:

Objetivo General:

Elaborar un portafolio de servicios para un programa de Fisioterapia; con el fin de disminuir el ausentismo y la discontinuidad a las terapias de habilitación y rehabilitación en los pacientes de SaludVida, con patologías osteomusculares y/o neurológicas; y así brindar una mejor y más rápida recuperación a este tipo de pacientes.

Objetivos Específicos

- Estructurar un servicio de fisioterapia domiciliaria que cumpla altos estándares de calidad.

- Ampliar la oferta de servicios para los afiliados a la EPS SaludVida de la ciudad de Medellín a partir del primer semestre del años 2008, brindando una referencia competitiva frente a las demás EPS.
- Difundir el programa de fisioterapia a domicilio entre los usuarios y no usuarios de la EPS Salud Vida entre el segundo semestre del 2007 y el primer semestre del 2008.
- Dar a conocer los beneficios del servicio de fisioterapia domiciliaria de la EPS Salud Vida.
- Ofrecer a la sociedad mejoramiento de su calidad de vida mediante nuestros servicios y programas de salud.
- Incrementar la cobertura y satisfacción de los pacientes que requieran el servicio de fisioterapia.
- Estimular la lealtad e innovación de nuestros usuarios.

Principios Corporativos:

- Responsabilidad: Responsabilidad se relaciona con perseverancia y lealtad. Dar cuenta de los actos propios de manera inteligente y libre, asumiendo las consecuencias y obteniendo resultados eficaces.
- Compromiso: cualquier tipo de acuerdo que se realiza con el paciente y su familia en el cual las partes asumen unas obligaciones.
- Respeto: Comprensión del ser de los demás que nos permite entender su actuación.

- **Honestidad:** Conducta recta e íntegra que lleva a observar normas y compromisos.
- **Conocimiento:** El conocimiento es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente.

7.1.1 Recurso Humano. Se requieren de tres fisioterapeutas con excelente calidad humana e intelectual.

7.1.2 Recursos Físicos.

- **Infraestructura:** un consultorio, donde se garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.

Según la resolución 1043 de 2006: Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios, deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.

Como es un servicio de terapia física, se contará con área para interrogatorio o consultorio en casos específicos donde el paciente requiera atención en éste.

Las áreas para la realización de las intervenciones en acondicionamiento y preparación física no serán de competencia del sistema de habilitación.

Para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología deberán contar con los equipos necesarios de acuerdo con el tipo de terapia, definidos por la misma institución en el manual de procedimientos. Los consultorios de los profesionales deberán cumplir con la dotación exigida para el consultorio de medicina general o de fisiatría en el caso que ofrezca esa consulta.

- **Dotación:** Todos los equipos contarán con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.

Se contarán con los equipos básicos requeridos para la prestación de los servicios de consulta externa.

Hospitalización Domiciliaria: Maletín Médico: Fonendoscopio, tensiometro, equipo de órganos, martillo, termómetro, metro, theraband, Gel transductor, Balón de bobath, Tens, ems, mancuernas, recovery, digiflex, servilletas, Paquetes calientes.

Para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y terapia del lenguaje deberán contar con los equipos necesarios de acuerdo con el tipo de terapia, definidos por la misma institución en el manual de procedimientos.

- **Transporte:** Contratado. Un total de 3 automóviles.

- **Procesos prioritarios Asistenciales.** Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de fisioterapia, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio.
Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.

Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.

- Guías básicas de atención médica prehospitalaria.
- Guía de referencia y contrarreferencia garantizando los medios de transporte.
- Las Guías propias para los servicios domiciliarios ofrecidos.

- Metodología y definición de clasificación de pacientes (triage) si realiza este procedimiento.
- Los protocolos incluirán el tipo de elementos e insumos requeridos para cada tipo de procedimiento y cada procedimiento contará con el soporte científico de organizaciones nacionales o internacionales.

7.1.3 Recursos logísticos: Mapa de Rutas del Área Metropolitana, del valle de Aburrá.

RECURSOS	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNIDAD	NUMERO UNIDAD	VALOR TOTAL
fisioterapeuta	hora	12000	3	
theraband	1	15000	14	210000
Gel transductor	1	40000	1	40000
Balón de bobath	1	35000	5	175000
Tens	1	130000	3	390000
ems	1	350000	2	700000
mancuernas	1 par	24000	3	72000
recovery	1	13000	3	39000
digiflex	1	15000	2	30000
servilletas	1	2000	3	6000
Paquetes calientes	1	30000	3	90000

Tabla1. Recursos logísticos

7.1.4 Evaluación de ingreso: Además de los requisitos establecidos en el estándar general de procesos y procedimientos, el servicio de salud contará con el siguiente proceso:

- Remisión Médica.
- Historia clínica, (Anexo 1).

En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.

Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.

7.1.5 Controles de seguimiento:

- Evoluciones en la Historia clínica del paciente, cada vez que haya alguna intervención.
- Evaluación inicial: aquí se anota el estado inicial de la persona (procesos que aqueja, enfermedades acompañantes, estado físico general) Se establecen objetivos.
- Informe de seguimiento: se anotan los avances y no avances hacia la consecución de las metas.
- Encuestas de satisfacción del servicio.
- Informe al alta: al finalizar tratamiento se establece de nuevo el estado de la persona.

Se contará con un registro: con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre

del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio.

Se contará con registros de los cuidados encargados a la familia.

7.1.6 Valores agregados:

- Educación al grupo familiar.
- Página Web para consulta.
- Plan casero.
- Terapias alternativas, en el tratamiento.
- Remisiones a psicología.
- Obsequios para el tratamiento del paciente.

7.1.7 Capacidad instalada: Número de pacientes por día, será de 7 pacientes por profesional, para un total de 21 pacientes diarios.

7.1.8 Que condiciones debe tener el paciente en el lugar de residencia: Un espacio libre de mínimo 2 metros cuadrados, una cama y una silla. Además de los Servicios públicos básicos (electricidad y agua).

7.2 Portafolio de servicios

Presentación:

Fisioterapia Domiciliaria para la EPS Salud Vida

Misión

El programa de fisioterapia domiciliaria es un servicio comprometido con la rehabilitación y habilitación de los pacientes neurológicos y ortopédicos, pertenecientes a la EPS Salud Vida, desarrollándose con sentido humano, calidad y ética.

Visión

El servicio de fisioterapia a domicilio de la EPS Salud Vida será en el año 2010 un programa elite para esta EPS, el cual buscara continuamente su perfeccionamiento, para brindar mayor calidad a sus usuarios.

Objetivos:

Objetivo General:

Elaborar un portafolio de servicios para un programa de Fisioterapia; con el fin de disminuir el ausentismo y la discontinuidad a las terapias de habilitación y rehabilitación en los pacientes de SaludVida, con patologías osteomusculares y/o neurológicas; y así brindar una mejor y más rápida recuperación a este tipo de pacientes.

Objetivos Específicos

- Estructurar un servicio de fisioterapia domiciliaria que cumpla altos estándares de calidad.
- Ampliar la oferta de servicios para los afiliados a la EPS SaludVida de la ciudad de Medellín a partir del primer semestre del años 2008, brindando una referencia competitiva frente a las demás EPS.

- Difundir el programa de fisioterapia a domicilio entre los usuarios y no usuarios de la EPS Salud Vida entre el segundo semestre del 2007 y el primer semestre del 2008.
- Dar a conocer los beneficios del servicio de fisioterapia domiciliaria de la EPS Salud Vida.
- Ofrecer a la sociedad mejoramiento de su calidad de vida mediante nuestros servicios y programas de salud.
- Incrementar la cobertura y satisfacción de los pacientes que requieran el servicio de fisioterapia.
- Estimular la lealtad e innovación de nuestros usuarios.

Principios Corporativos:

- Responsabilidad: Responsabilidad se relaciona con perseverancia y lealtad. Dar cuenta de los actos propios de manera inteligente y libre, asumiendo las consecuencias y obteniendo resultados eficaces.
- Compromiso: cualquier tipo de acuerdo que se realiza con el paciente y su familia en el cual las partes asumen unas obligaciones.
- Respeto: Comprensión del ser de los demás que nos permite entender su actuación.

- **Honestidad:** Conducta recta e íntegra que lleva a observar normas y compromisos.
- **Conocimiento:** El conocimiento es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente.

Definición de los Servicios: Las sesiones del tratamiento son de una por día con una duración comprendida entre una hora u- hora y media, que dependerá de las capacidades de la persona tratada (fatiga, estado físico, motivación, interés) y de las maniobras realizadas.

- **Terapia Física:** por medio de procedimientos o técnicas manuales o mecánicas. Se realiza la habilitación y rehabilitación de algún tipo de patología que afecta la parte física.
- **Terapia neurológica:** en patologías donde haya una lesión o daño del Sistema Nervioso Central o Periférico. Se realizan intervenciones a pacientes con déficit motor o sensitivo, con las diferentes técnicas de abordaje fisioterapéutico, mencionadas anteriormente.

Poblaciones Específicas:

Pacientes con problemas respiratorios (tanto procesos agudos como crónicos).

Pacientes con procesos reumatológicos y artrosis.

Pacientes con problemas neurológicos (hemiplejía, apoplejía, paraplejía, IMOC, Parkinson)

Pacientes que han sufrido un traumatismo (óseo, muscular, nervioso).

Pacientes con afectación del intelecto (Alzheimer)

Los planes de Financiación:

Estos dependen de la Entidad Promotora de Salud.

Políticas de servicio:

- Prestar un servicio de fisioterapia a cada uno de nuestros usuarios con calidad.
- Brindar un trato justo y amable a todos los usuarios con sus solicitudes, inquietudes y reclamos considerando que nuestro fin, es el servicio a la comunidad.
- Todas las personas que integren nuestro servicio deben tener calidad humana y mantener un comportamiento ético.
- Realizar evaluaciones periódicas y permanentes a todos los procesos que se realicen durante la prestación de nuestros servicios.
- Mantener una sesión mensual documentada de trabajo de cada uno de las personas que intervienen en la prestación de los servicios de fisioterapia, a fin de coordinar y evaluar planes de tratamiento implementados en las sesiones de fisioterapia con cada uno de los pacientes.

- Impulsar a cada uno de nuestros profesionales para que continúen con su proceso académico, en cuanto a la actualización de su carrera profesional.
- Efectuar un adecuado manejo de la historia clínica de cada uno de nuestros usuarios.

VER ANEXO 1

8. CONCLUSIONES

- Tanto la ley 100, como la ley 528 de 1999 regulan el funcionamiento de las entidades objeto de estudio. Para nuestro caso la EPS y las IPS de Salud Vida. De acuerdo al trabajo realizado vemos que dicha normatividad favorece a la población Colombiana en relación a la calidad del servicio que se le está ofreciendo y a los múltiples beneficios que se tiene de ello. En hora buena ambas leyes y otras afines permiten atender a la población Colombiana, concretamente a los usuarios de la ciudad de Medellín, mediante un programa domiciliario que atiende sus diferentes necesidades.
- La fisioterapia domiciliaria es una alternativa que da tranquilidad al paciente, minimiza costos, minimiza riesgos, minimiza las mismas patologías. Como se ve el beneficiario o el titular no requieren de desplazamiento, ni de inversiones ponderosas, o permisos especiales, ni mucho menos de personas que conviven con ellos. La fisioterapia domiciliaria es una ventaja entonces, tanto APRA la EPS, como para los usuarios.
- El profesional de Fisioterapia que este a cargo de dicha actividad domiciliaria va a tener una comunión más cercana con el usuario y el entorno familiar, social, personal y laboral del paciente. La atención pronta, oportuna y diligente que se le brinde al usuario se traduce en eficacia y eficiencia tanto para la EPS como para el Fisioterapeuta.

- En nuestra propuesta monográfica vamos a exponer que la EPS Saludvida preste un servicio que ya tiene sus más cercanos competidores. En atención a lo anterior, dicha entidad Saludvida va ha estar a la vanguardia en la prestación de dicho servicio a sus usuarios, tanto titulares como beneficiarios, van a contar con un elemento adicional que va a contribuir a la recuperación tanto física como psicológica de su patología.

9. RECOMENDACIONES

- Elaborar de acuerdo a las leyes citadas, una guía que identifique los puntos neurolálgicos más importantes del trabajo en mención en procura de satisfacer las necesidades en materia de derecho que tenga la EPS Saludvida.
- Establecer un manual de atención domiciliaria.
- Facilitar técnicas de desplazamiento para los fisioterapeutas.
- Elaborar un bosquejo de la logística para atender dichos usuarios.
- Canalizar las vitales necesidades de los usuarios a través de una línea preferente que permita, que este programa de fisioterapia adomicilio sea cada vez más oportuna y atienda a los usuarios, merced a sus necesidades o padecimientos físicos.
- Dotar a los profesionales de fisioterapia, de los diferentes elementos para cumplir bien su tarea domiciliaria. El trabajo es una huya completa en tecnología, materiales y otros elementos fundamentales en le tratamiento de lesiones neurológicas u osteomusculares.

BIBLIOGRAFIA

- BOBATH, Berta. Hemiplejía del Adulto Evaluación y Tratamiento, Editorial Medica Panamericana. Tercera Edición. Pág. 70 – 72.
- MOSBY. Diccionario de Medicina, Editorial Océano. Primera Edición. Pág.
- Kabat H (1950) studies on neuromuscular dysfunction. XIII New concepts and techniques of neuromuscular reeducation for paralysis. Perm Found Med Bull 8 (3): 121-143

NETGRAFIA

- Historia de la Fisioterapia: www.juntadeandalucia.es/averroes/29701428/salud.fisio.htm.{consulta 01 de julio de 2007}

- Salud: La organización mundial: sitio en Internet
<http://es.wilclopedia.org/wilci/salud>.{consulta 29 junio de 2007}

- Enfermedad: La organización mundial: sitio en Internet
<http://es.wilclopedia.org/wilci/salud>.{consulta 29 junio de 2007}

- Afiliado: sitio en Internet.
www.supersalud.gov.co/serviciosonline/documentos/boletin09.{consulta 01 de julio de 2007}

- Domiciliario: sitio en Internet.
www.supersalud.gov.co/serviciosonline/documentos/boletin09.{consulta 01 de julio de 2007}

- Portafolio de Servicio. Sitio en Internet.
<http://www.gestiopolis.com/canales6/mkt/mercadeopuntocom/portafolio-de-servicios.htm>. {Consulta: 14 septiembre de 2007}

- El movimiento corporal humano: sitio en Internet. http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=294{ consulta:29 junio de 2007}
- Fisioterapia a domicilio. Sitio en Internet
www.efisioterapia.net/articulos/accesible.php?id=32 - 9k {consulta: 01 de julio de 2007}
- Discapacidad. sitio en Internet
http://www.unadr.org/nydrmun2006/guias/AG_NYDRMUN2006.doc
{consulta 01 de julio de 2007}
- Enfermedad cerebrovascular. Sitio en Internet.
www.infododer.org/neuro/caps.htm {consulta 01 de julio de 2007}
- Trauma cráneo encefálico. Sitio en Internet
www.neurocirujia.com/diagnostico/tce/Tce.htm {consulta 01 de julio de 2007}
- Esclerosis múltiple. Sitio en Internet
es.wikipedia.org/wiki/esclerosismultiple {consulta 01 de julio de 2007}
- Amputación. Sitio en Internet
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/amputee.html {consulta 01 de julio de 2007}
- Parkinson. Sitio en Internet
<http://infopark.cardiff.ac.uk/es/patientinformation/infosheet07.pdf> {consulta 01 de julio de 2007}

ANEXOS

1. PORTAFOLIO DE SERVICIO