

ARTÍCULOS ORIGINALES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE RECEPCIÓN: 21 de octubre de 2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 29 de enero de 2021

FECHA DE PUBLICACIÓN: 31 de marzo de 2021

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS SA15I20121) de la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (CONICYT), Chile.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

valiaga@uchile.cl

EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE REHABILITACIÓN COMUNITARIA EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE: ESTUDIO CUALITATIVO

Experiences and perceptions about community-based rehabilitation in the Metropolitan Region of Chile: Qualitative study

Mónica Manríquez Hizaut¹. Magister Salud Pública, Departamento de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Gabriela Huepe Ortega¹. Mg. en Bioética y en Métodos para la Investigación Social.

Jame Rebolledo Sanhueza¹. Mg. en Psicología Comunitaria.

Álvaro Besoain-Saldaña¹. Mg.(c) en Salud Pública.

* **Verónica Aliaga-Castillo**¹. Mg. en Bioética.

¹ Universidad de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) busca mejorar el acceso a la rehabilitación y la inclusión social de las personas con discapacidad. Los escasos estudios realizados muestran experiencias heterogéneas en su implementación. El objetivo de este estudio fue describir las experiencias y percepciones sobre RBC de profesionales sanitarios, personas con discapacidad y familiares participantes en centros de atención primaria de la Región Metropolitana de Chile. MÉTODOS: Se realizó un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo. A través de un muestreo de caso típico se seleccionaron profesionales sanitarios, hombres y mujeres con discapacidad física y familiares. Se desarrollaron 16 entrevistas grupales semiestructuradas, 4 por cada grupo. Se realizó análisis de contenido semántico mediante codificación inductiva y deductiva. RESULTADOS: La RBC es valorada positivamente por las personas con discapacidad y familiares. Sin embargo, los profesionales consideran que es insuficiente para lograr la inclusión social. DISCUSIÓN: Existen barreras y facilitadores para la implementación de la RBC. Su ubicación en la Atención Primaria permite flexibilidad en la atención. No obstante, se centra en intervenciones de rehabilitación física, relegando la salud integral y el trabajo intersectorial a un segundo plano. Se requiere capacitar a los equipos sanitarios para proveer una rehabilitación integral, que contribuya a la inclusión social de las personas con discapacidad.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación; Personas con Discapacidad; Implementación de Plan de Salud; Centros de Rehabilitación; Atención Primaria de Salud

ABSTRACT. INTRODUCTION: Community-based rehabilitation (CBR) seeks to improve access to rehabilitation and social inclusion of people with disabilities. Few studies show heterogeneous experiences in its implementation. The objective of this study was to describe the experiences and perceptions about CBR of health professionals, people with disabilities and family members participating in primary care centers in the Metropolitan Region of Chile. METHODS: An exploratory-descriptive qualitative study was carried out. Through a typical case sample, health professionals, men and women with physical disabilities and family members were selected. A total of 16 semi-structured group interviews were developed, 4 for each group. Semantic content analysis was performed using inductive and deductive coding. RESULTS: CBR is valued positively by people with disabilities and their families. However, professionals consider that it is insufficient to achieve social inclusion. DISCUSSION: There are barriers and facilitators to the implementation of CBR. Its location in Primary Care allows flexibility in care. However, it focuses on physical rehabilitation interventions, relegating comprehensive health and intersectoral work. Training of health teams is required to provide comprehensive rehabilitation that contributes to the social inclusion of people with disabilities.

KEY WORDS: Rehabilitation; Disabled Persons; Health Plan Implementation; Rehabilitation Centers; Primary Health Care

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) surgió en 1976 como una iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En ese momento fue considerada una estrategia que mejoraba el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en los países en vías de desarrollo. En los últimos 30 años su alcance se ha incrementado de forma importante: hoy la estrategia involucra el desarrollo local para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la disminución de la pobreza y la inclusión social de las personas con discapacidad¹. Esta evolución se ha asociado al cambio de paradigma sobre la discapacidad y a la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDDP)², que considera a estas personas como sujetos de derecho y no como sujetos de caridad.

La RBC es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, que presta servicios en las comunidades y provee educación y oportunidades de entrenamiento y capacitación a las personas con discapacidad, a sus familiares y a la comunidad. Para esto, la OMS propone áreas de desarrollo en relación con cinco componentes: salud, educación, trabajo, social y fortalecimiento comunitario (ver Figura 1).

Chile inició la implementación de la RBC en 2003 y la incorporó al nivel de Atención Primaria de Salud (APS). Hasta entonces el acceso a rehabilitación era solo a nivel hospitalario y lograba una cobertura del 6,49% de la población con discapacidad³. El propósito fue entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, oportunas y accesibles a las personas con discapacidad permanente o transitoria, y así mejorar la resolutivez en este nivel, en concordancia con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria de la APS en Chile⁴. La APS comparte con la RBC su interés en la promoción de una atención basada en el modelo biopsicosocial, es decir,

aborda la enfermedad ponderando los factores sociales y psicológicos al mismo nivel de los factores biológicos implicados en el malestar y disfunción de las personas y enfatizando la importancia de la autonomía y la "decisión de aceptar o no el ser paciente y con ello, la responsabilidad para cooperar en su propio cuidado de la salud"⁵. Este modelo busca superar el modelo biomédico, que se caracteriza por reducir la explicación de la enfermedad a las desviaciones de la norma de variables biológicas, sin considerar sus dimensiones conductuales, sociales y psicológicas, y establece jerarquías de conocimientos y relaciones paternalistas, en las cuales el profesional concentra el poder y la toma de decisiones⁵. En ese sentido, la RBC debería estar centrada en la persona, considerando su integralidad, la continuidad de los cuidados y su relación con la comunidad.

A más de 40 años de la implementación de la APS y de la RBC en el mundo, se reconoce que su instalación y evaluación suelen ser complejas y heterogéneas, por lo que se recomienda realizar diagnósticos y reflexiones para su fortalecimiento^{6,7}.

Dado el carácter multidisciplinario y sistémico de la RBC, se han propuesto aclaraciones conceptuales y herramientas estandarizadas con el propósito de disminuir la complejidad y apoyar la toma de decisiones y la labor de los profesionales sanitarios⁸⁻¹⁰. Los estudios dirigidos a evaluar la implementación de la RBC en países en desarrollo coinciden en que el alcance total de los componentes de la estrategia es complejo debido a diferentes factores contextuales, lo que resulta en una implementación incompleta. Sin embargo, existe consenso en que la APS es el nivel más apropiado para su implementación^{7,10-12}.

En Chile existen escasos estudios que describen la implementación de la RBC. Algunos de ellos^{13,14} muestran diferencias conceptuales y prácticas entre los lineamientos internacionales y las orientaciones metodológicas

FIGURA 1. Matriz de rehabilitación basada en la comunidad.



* PcD: Personas con discapacidad.

Fuente: Adaptada de la Organización Mundial de la Salud, 2012.

del sector salud implementadas en el país. Por ejemplo, la OMS considera el concepto de comunidad desde la pertenencia, interrelación y cultura, con la configuración de una comunidad activa e involucrada. Sin embargo, para el Ministerio de Salud (MINSAL) chileno, se concibe como una unidad territorial que extiende sus servicios profesionales en dicho territorio, sin involucramiento de los individuos en el proceso de rehabilitación¹³. Al mismo tiempo, en Chile se potencia el desarrollo de actividades del componente Salud por sobre los otros, lo que evidencia el financiamiento efectuado principalmente desde el MINSAL y asociado, por lo tanto, a metas sanitarias¹⁵. A pesar de estas y otras limitaciones, y a que no existen estudios evaluativos sobre la implementación, algunas experiencias documentadas por los propios equipos reportan que, por parte de profesionales y usuarios, existe una valoración positiva respecto al funcionamiento de la estrategia, en particular en el ámbito clínico¹⁶⁻¹⁸. No obstante, con relación al cumplimiento de los compromisos éticos con el trabajo comunitario, se observan debilidades de implementación y evaluación¹⁹.

Dada la importancia que actualmente se le otorga a la implementación de la RBC con el propósito de incentivar el trabajo comunitario e intersectorial para la inclusión social, es relevante conocer las experiencias de los actores involucrados. El objetivo de este estudio fue describir las experiencias y percepciones sobre RBC de profesionales sanitarios, personas con discapacidad y familiares participantes de centros de atención primaria de la Región Metropolitana de Chile.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo. Se eligió el método cualitativo porque permite conocer las creencias, valores, actitudes, percepciones, opiniones y experiencias sobre los servicios de salud desde la perspectiva de usuarios externos (pacientes, familiares, cuidadores) o usuarios internos (equipo sanitario)²⁰.

El estudio se realizó entre mayo y octubre de 2017 en cuatro centros de atención primaria que implementan la RBC en sendas comunas de la Región Metropolitana de Chile. Se seleccionaron centros ubicados en distintas zonas urbanas de la región con el propósito de obtener mayor diversidad territorial.

La población de estudio correspondió a profesionales sanitarios, personas con discapacidad y familiares de personas con discapacidad. Se utilizó un muestreo propositivo de tipo caso típico²¹, seleccionando a personas que pudieran describir las experiencias comunes de los participantes de la RBC en la Región Metropolitana de Chile. Se consideraron casos típicos a profesionales que integran equipos de rehabilitación conformados por al menos un terapeuta ocupacional y un kinesiólogo/fisioterapeuta; a personas con discapacidad física permanente y con algún diagnóstico médico frecuente en este contexto; y a familiares que acompañan y participan de las actividades del centro.

Para asegurar una experiencia suficiente de los participantes, se definieron como criterios de inclusión: para profesionales, tener más de 6 meses de trabajo en RBC; para personas con discapacidad, tener más de 10 sesiones en RBC; y para familiares, haber participado regularmente en RBC como acompañantes y en las actividades organizadas por el centro. Dadas las características de la técnica de producción de datos, se definió como criterio de exclusión la dificultad para comunicarse de manera oral.

Se realizaron 16 entrevistas grupales semiestructuradas: 4 con mujeres con discapacidad, 4 con hombres con discapacidad, 4 con familiares de personas con discapacidad y 4 con profesionales sanitarios (ver Tabla 1). Las entrevistas fueron moderadas por integrantes del equipo de investigación y se llevaron a cabo en cada centro; con una duración promedio de 90 minutos, fueron grabadas en archivos de audio y transcritas de manera literal.

Se estableció preliminarmente una entrevista por cada grupo de participantes en cada centro. No fue necesario aumentar la cantidad, ya que, de acuerdo con el criterio de saturación teórica, se logró caracterizar adecuadamente la implementación de la RBC²².

Se realizó análisis de contenido semántico a través de codificación inductiva y deductiva, considerando marcos conceptuales aportados por la literatura^{1,5} (ver Tabla 2). Se utilizó el *software* de análisis de datos cualitativos Atlas.ti (*Syncom Systems*, 2015).

Se preservaron los criterios de credibilidad, transferibilidad y consistencia de la información producida y analizada a través de las siguientes estrategias de rigor: a) recolección de datos intensa y prolongada hasta saturar las categorías establecidas; b) descripción detallada del proceso investigativo; c) triangulación de actores relevantes; d) triangulación de investigadores; e) comprobación con participantes a través de un taller de validación de los resultados con los profesionales, las personas con discapacidad y los familiares.

Se realizó un proceso de consentimiento informado con cada participante. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación con Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en diciembre de 2015.

RESULTADOS

Respecto a la caracterización de la RBC, las experiencias estudiadas revelan que se centra en la rehabilitación física y destacan la convivencia de los modelos de atención biomédico y biopsicosocial. El modelo biomédico está presente en el predominio de las actividades individuales, centradas en la patología y principalmente en el déficit y en la adaptación de las personas al entorno, como las atenciones de kinesióloga/fisioterapia y las indicaciones para el hogar. El biopsicosocial se expresa en aquellas prácticas que incluyen a las personas cuidadoras, pues demuestran un abordaje con mayor integralidad en las estrategias grupales, donde se utilizan metodologías activas

que favorecen la participación de las personas con discapacidad con sus intereses y habilidades y, por último, en las relaciones de confianza y empatía entre profesionales, usuarios y familiares (ver Tabla 3).

En cuanto a las actividades por componente, los participantes concuerdan que en Salud apuntan a superar el déficit funcional y recuperar independencia. Predominan las actividades individuales, el trabajo conjunto con familiares y el trabajo grupal en talleres, que para los profesionales son una terapia de mantención y espacio de sociabilidad.

Las mujeres destacan como principal actividad las prácticas colectivas y de desarrollo integral, mientras que los hombres resaltan las actividades de recuperación funcional asociadas al ejercicio físico. Estas diferencias se vinculan con las características de los participantes. Los hombres tienen menor promedio de edad, y la mayoría está en edad laboral, por lo cual su principal interés es recuperar la funcionalidad para poder trabajar. Por otro lado, las mujeres, de mayor promedio de edad, han vivido procesos de enfermedad por largo tiempo y tienen una mayor aceptación de su condición de salud. Esto hace que la experiencia comunitaria les resulte significativa para mantenerse bien y sentirse apoyadas, lo que impacta positivamente en su salud, estado de ánimo y cohesión social.

Los familiares asumen un rol de responsables de la rehabilitación, como encargados de hacer cumplir las indicaciones de los profesionales para dar continuidad a la terapia. En el proceso de atención se sienten incluidos, orientados y contenidos por los profesionales. También encuentran en los centros un espacio de confianza, donde son escuchados. Algunas personas han sido apoyadas en formación para el cuidado y atención en el ámbito de salud, con actividades que van desde consejerías hasta derivación a un servicio de salud mental.

En general, las personas con discapacidad y los familiares valoran positivamente las actividades de la RBC. No obstante, los profesionales reconocen que, si bien se hacen esfuerzos por mejorar la calidad de vida de las personas, faltan acciones para lograr la inclusión social, como promueve la estrategia.

Al caracterizar las experiencias de la RBC en Chile de acuerdo con las orientaciones de la OMS, se reconocen factores que facilitan o que actúan como barreras para la implementación de los componentes intersectoriales. También se identifican necesidades no cubiertas, principalmente en el componente Subsistencia, y elementos ausentes en los relatos que revelan la implementación parcial de la estrategia (ver Figura 2). En el caso del componente Salud se evidencia poca integralidad, dada la ausencia de actividades de prevención, promoción y de acceso a dispositivos de asistencia. Asimismo, hay escaso desarrollo de los componentes Subsistencia, Social y Fortalecimiento Comunitario y ausencia del componente Educación en todos los relatos. Se destaca un incipiente desarrollo del componente Social, vinculado a las oportunidades de recreación a partir de los talleres mencionados.

TABLA 1. Caracterización de los participantes.

Participantes	Características de la muestra	
Mujeres con discapacidad (n=28)	Edad promedio	70 años (mínima: 28; máxima: 86)
	Participación en centros	Usuaris de sesiones individuales y de talleres. El 50% también en algún grupo organizado en el centro de rehabilitación comunitaria.
Hombres con discapacidad (n=21)	Edad promedio	62 años (mínima: 46; máxima: 79)
	Participación en centros	Usuarios de sesiones individuales. Uno como dirigente de una organización de personas con discapacidad.
Familiares (n=16)	Sexo	13 mujeres y 3 hombres
	Edad promedio	62 años (mínima: 35; máxima: 75)
	Parentesco	Hija(o): 8; hermana(o): 2; esposa(o): 6
Profesionales sanitarios (n=14)	Sexo	9 mujeres y 6 hombres
	Profesión	5 kinesiólogos(as) / fisioterapeutas
		4 terapeutas ocupacionales
		3 fonoaudiólogos(as) / logopedas
		1 psicóloga
1 profesor de educación física		

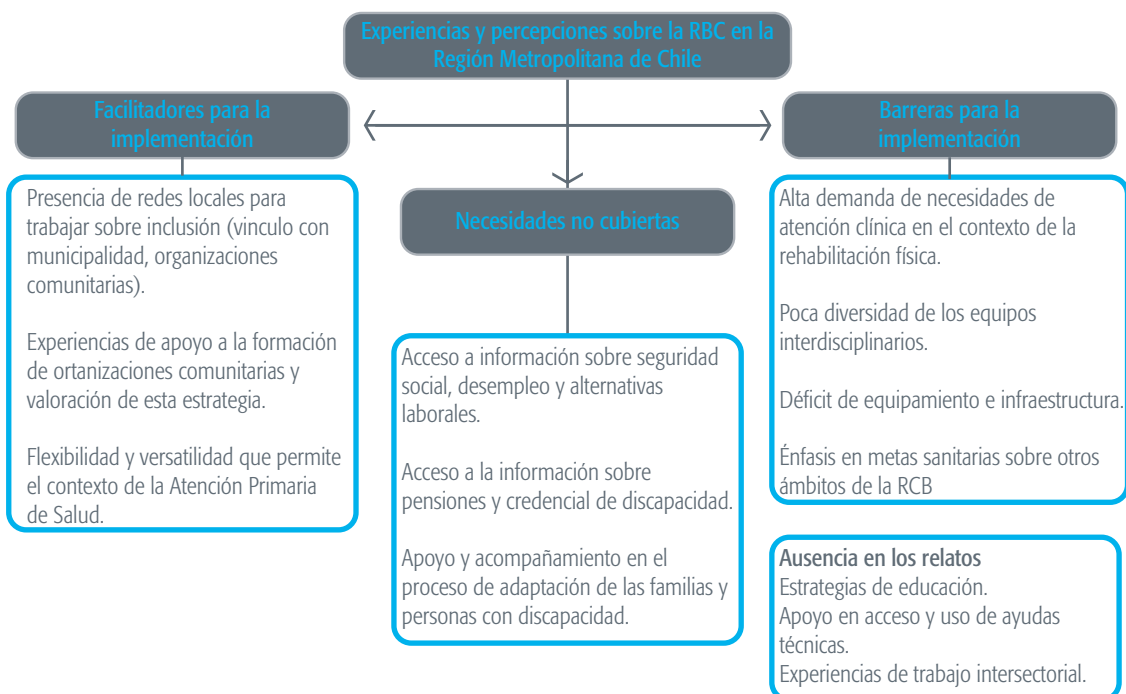
TABLA 2. Dimensiones y categorías para la caracterización de la rehabilitación basada en la comunidad (RBC).

Dimensión	Categoría
Modelos de atención	Modelo biomédico
Comprensión para el abordaje de la salud y la enfermedad y la relación profesional-usuario	Comprensión de la salud y la enfermedad enfocada en el deterioro, acciones dirigidas a la normalización de la desviación biológica/corporal.
	Modelo biopsicosocial
Valoración de impacto.	Comprensión integral de la salud y la enfermedad, incluidos factores físicos, psicológicos y sociales que afectan la condición de salud de las personas.
	Impacto en funcionalidad
Percepción sobre los impactos o resultados de las actividades de la RBC	Resultado de las actividades de la RBC en la independencia funcional y actividades de la vida diaria básicas e instrumentales de las personas.
	Impacto en inclusión social
Actividades por componentes de la RBC	Resultado de las actividades de la RBC en la participación social de las personas en el centro de atención primaria y en la comunidad.
	Actividades identificadas
- Salud	Actividades referidas por las personas que se asocian a cada componente de la RBC.
	Necesidades
- Educación	Actividades ausentes de la RBC identificadas como necesarias a partir de la situación de discapacidad.
- Subsistencia	Barreras
- Social	Elementos que dificultan las actividades en la RBC en el contexto de atención primaria de salud.
- Fortalecimiento Comunitario	Facilitadores
	Elementos que permiten o promueven el desarrollo de la RBC en el contexto de atención primaria de salud.

TABLA 3. Discursos sobre modelos de atención que conviven en la rehabilitación basada en la comunidad (RBC).

Modelo	Caracterización y relatos de participantes
Biomédico	<p>Experiencias de RBC centradas en el profesional y en la patología, con relaciones verticales y autoritarias en las cuales la persona con discapacidad es un agente pasivo.</p> <p><i>“Hay un palito donde uno mueve los brazos, hay una bicicleta, hay una pelota, una escalera, a nosotros nos obligan a pasar por esas cosas ahí, ellas son las que mandan (profesionales)”</i> (Hombre con discapacidad, 79 años)</p> <p><i>“... ¿qué tiene que hacer ella?, hacer caso, hacerme caso a mí en la casa, porque yo le insisto con los ejercicios, pero acá es regalona y les cuento a ellos (profesionales), me dicen ‘es muy regalona’...”</i> (Familiar de persona con discapacidad, hija)</p> <p><i>“Uno entiende que, por el tema de sus agendas, los médicos tienen pocas horas, pero eso también nos influye a nosotros con respecto al rebote; el paciente ha tenido 5 o 10 sesiones, rebota acá, el paciente va a su interconsulta con el traumatólogo y vuelven a caer acá, entonces tampoco le explican.”</i> (Profesional sanitario, kinesióloga/fisioterapeuta)</p>
Biopsicosocial	<p>Experiencias de atención integral, con mayor participación de las personas con discapacidad y las familias, donde el profesional tiene un rol facilitador.</p> <p><i>“... ellos (profesionales) me conocen mucho. Yo incluso fui monitora, tenía un grupo de adultos mayores, y yo les hacía un poquito de gimnasia, lo que ellos me enseñaban, yo les enseñaba a los demás.”</i> (Mujer con discapacidad, 67 años)</p> <p><i>“Yo me sentí incómoda al principio, porque aún no estaba acostumbrada a estar inserta en una terapia, porque siempre es el médico y la paciente, y usted quédese afuera, uno está acostumbrada a ese sistema, es totalmente distinto ahora y es muy agradable el estar ahí, yo trato lo menos posible de incomodar y buscando dónde estar con la silla de ruedas, hay tanta gente pero nunca me dijeron ‘usted no tiene que estar aquí’, ‘usted tiene que estar afuera’, como antes.”</i> (Familiar de persona con discapacidad, hija)</p> <p><i>“... yo, como kinesióloga (fisioterapeuta), (mi trabajo) es más bien de carácter físico, pero también es ir estando atenta a algún riesgo social, psicológicamente, esa parte que es informal porque nosotros no contamos con esos profesionales, también es algo por lo cual nos preocupamos mucho, de hacer un seguimiento de toda la persona, de lo físico, lo emocional, mental, espiritual, familiar también, entender cómo interactúa...”</i> (Profesional sanitario, kinesióloga/fisioterapeuta)</p>

FIGURA 2. Principales resultados relativos a experiencias y percepciones sobre la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en la Región Metropolitana de Chile.



En el componente Subsistencia se identifican necesidades como disponibilidad de información para el acceso a pensión y oportunidades laborales. Por último, en el componente Fortalecimiento Comunitario se esboza un avance en la creación de grupos de autoayuda y organizaciones comunitarias de personas con discapacidad en el contexto de los talleres. Sin embargo, no existe formación ni desarrollo de herramientas para fortalecer la defensa de derechos en estas organizaciones.

Las barreras identificadas para la implementación de la RBC son: 1) la concentración de las metas en ámbitos sanitarios, que disminuye los esfuerzos hacia otros componentes; 2) la alta demanda de atención no satisfecha, que limita la disponibilidad de los profesionales y el acceso a salud y rehabilitación oportuna; 3) el déficit de recursos, tanto humano como de equipamiento, para la rehabilitación integral.

Respecto al cuidado de la salud mental, si bien los profesionales emplean una escucha activa y son capaces de contener algunos aspectos emocionales de la situación de discapacidad o del rol de cuidado, se identifica la falta de profesionales especialistas en salud mental como parte de la rehabilitación integral. En la misma línea, los profesionales reconocen que hay avances en la funcionalidad de las personas, pero esto no se refleja en la inclusión laboral o social, lo que atribuyen a los obstáculos antes mencionados y a las barreras sociales, culturales y actitudinales.

Como facilitadores de la implementación de la RBC, los profesionales valoran la versatilidad de la APS para realizar talleres o actividades diversas y creativas durante el proceso de rehabilitación, lo que es destacado tanto por familiares como por personas con discapacidad. Además, se reconocen instancias que permiten un trabajo en red e intersectorial, tales como algunos vínculos con los gobiernos locales, principalmente con las unidades que trabajan en temas de discapacidad. Si bien este vínculo existe, es reciente y en las experiencias estudiadas aún no se evidencia su impacto en la implementación global de la RBC.

DISCUSIÓN

Las experiencias y percepciones sobre RBC desde la perspectiva de profesionales sanitarios, personas con discapacidad y familiares revelan características, barreras y facilitadores para la implementación de una estrategia integral que permita cumplir su propósito, es decir, lograr la inclusión social de las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad y sus familiares valoran positiva y significativamente los procesos de rehabilitación a pesar de las limitaciones y barreras identificadas. Desde sus experiencias, la RBC se caracteriza por estar centrada en el ámbito físico y en la patología, lo que es coherente con los objetivos ministeriales y los resultados de estudios previos^{13,14}. Se evidencia la necesidad de ampliar la integralidad del componente Salud y potenciar el trabajo intersectorial para dar un mayor alcance a los otros com-

ponentes de la RBC, como propone la OMS¹ y en línea con las orientaciones del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria de la APS⁴. Se trata de un punto destacado por los profesionales, quienes refieren además la necesidad de realizar acciones para concretar la rehabilitación integral y la inclusión social. Esto se manifiesta en contextos que cuentan con una implementación más integral de la RBC, demostrando mayor eficacia en áreas de apoyo social y laboral⁷, que en Chile aún tienen un desarrollo incipiente.

Las barreras identificadas para la implementación de la RBC tienen relación con la escasez de recursos para una rehabilitación integral y la tensión que existe entre los modelos de atención biomédico y biopsicosocial, lo que se evidencia en la evaluación por metas sanitarias centradas en la rehabilitación física. Si bien la incorporación de la RBC es un hito importante para dar acceso a la rehabilitación en el contexto de la APS, aún persisten prácticas del modelo de atención biomédico y asistencialista en el sistema de salud chileno, presentes desde la formación de profesionales hasta la evaluación de la rehabilitación. Esto dificulta la integración del modelo comunitario en el proceso²³ y, por lo tanto, su desarrollo según las directrices de la OMS, como lo confirman estos resultados.

Los facilitadores identificados muestran que la APS es el nivel más adecuado para la implementación de la RBC. La versatilidad de los talleres como espacios de abordaje terapéutico favorece la formación de organizaciones para el fortalecimiento comunitario y el acceso a oportunidades de recreación; no obstante, no parecen ser parte de sus objetivos explícitos, sino más bien una consecuencia del trabajo en comunidad. Si bien esto es un avance en la implementación del componente Fortalecimiento, se justifica su formalización a la luz de los resultados favorables descritos en un estudio realizado en India¹¹, que señala que participar de programas de RBC permite a las personas con discapacidad expresar sus opiniones e incidir en las decisiones de la comunidad. Esto se considera una meta de la estrategia¹, que no se ha evidenciado en estudios realizados en Chile^{13,14}.

Estudios llevados a cabo en Chile evidencian el bajo nivel de formación profesional para el desarrollo de los componentes de la RBC y del enfoque comunitario, con excepción de Salud^{15,23}, lo que —de acuerdo con consensos internacionales sobre el rol de los profesionales de rehabilitación— debería estar orientado por niveles de especialización, comenzando por una función de capacitador y educador en el nivel primario de salud⁹.

Los resultados de este estudio describen la realidad de centros de APS ubicados en zonas urbanas de la Región Metropolitana, capital de Chile, donde se centralizan las actividades económicas y administrativas. Podría tratarse de una limitación para la generalización de los resultados en el territorio nacional, ya que no se incluyen las realidades regionales ni los territorios rurales e insulares. Esto abre la posibilidad de explorar otras experiencias con mayor

comprensión e implementación de la estrategia de RBC para conocer sus barreras y facilitadores, considerando también la perspectiva de los actores intersectoriales, los tomadores de decisión en políticas públicas y los responsables de la formación de profesionales sanitarios en Chile. Futuros estudios deberán contemplar estos contextos y actores para abarcar diferentes tipos de implementación de la RBC y de trabajo con organismos del intersector.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Los antecedentes expuestos sobre la RBC demuestran que es una estrategia que no busca solamente la mitigación de diversas alteraciones funcionales, sino que es más compleja: abarca el desarrollo local para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la inclusión social de las personas con discapacidad, entre otros objetivos. Las dificultades en su implementación o la falta de análisis profundo sobre cómo alcanzar una real inclusión social pueden provocar un logro parcial de sus metas y objetivos. Las percepciones y experiencias de los participantes de esta investigación muestran que la RBC, tal como ha sido concebida e implementada en los centros estudiados, tiene como principal objetivo la rehabilitación física. Allí conviven los modelos de atención biomédico y biopsicosocial, donde se da más énfasis al componente Salud y se obtienen como resultado mayores grados de independencia y mejoramiento en la calidad de vida, pero con bajo impacto en la participación en espacios laborales y educacionales y, por lo tanto, una inclusión social parcial.

Este estudio destaca la importancia de que una política sanitaria orientada a la inclusión social de personas con discapacidad trabaje con diversas reparticiones públicas de forma coordinada y no solo se enfoque en el área salud.

Cabe destacar que las principales barreras mencionadas por los participantes se relacionan con la concentración de las metas en ámbitos sanitarios, la elevada demanda

de atención no satisfecha y la falta de recursos humanos y de equipamiento. Son puntos relevantes, que deben considerarse en un correcto diseño e implementación de políticas en salud y que sirven como insumo para un rediseño de la estrategia y como evidencia para países con realidades similares.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Dentro de este estudio son claves las percepciones y experiencias expuestas por los profesionales, ya que apuntan a una de las principales dificultades para entregar una rehabilitación integral: por un lado, la falta de recursos humanos para suplir la demanda de atención y, por otro, la necesidad de contar con diversos profesionales que actualmente están escasamente incorporados al equipo, como los de salud mental. Esto destaca además la importancia de abordar el tema de las personas con discapacidad y su inclusión social dentro de los planes de formación de profesionales sanitarios, en un marco donde el modelo de atención biopsicosocial y las estrategias comunitarias e intersectoriales tengan mayor preponderancia.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Estudios como el presente demuestran la relevancia que tienen las investigaciones cualitativas para explorar fenómenos complejos, como la discapacidad y la implementación de estrategias que promuevan la inclusión social. Es fundamental generar mayor evidencia sobre la RBC en Latinoamérica como una forma de explorar posibles soluciones y alternativas para mejorar su implementación en países con realidades similares. También es necesario continuar con estudios de este tipo que incluyan realidades diversas en torno a la discapacidad y la RBC, como territorios rurales e insulares, donde los fenómenos comunitarios se suelen expresar de manera distinta.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Manríquez Hizaut M, Huepe Ortega G, Rebolledo Sanhueza J, Besoain-Saldaña A, Aliaga-Castillo V. Experiencias y percepciones sobre rehabilitación comunitaria en la Región Metropolitana de Chile: Estudio cualitativo. *Rev Argent Salud Pública*. 2021;13:e39. Publicación electrónica 31 Mar 2021.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Organización Mundial de la Salud. Discapacidades y rehabilitación. Guía para la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [citado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/es/>
- ² Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. Nueva York: ONU; 2006 [citado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>
- ³ Fondo Nacional de la Discapacidad. Primer Estudio Nacional de Discapacidad [Internet]. Santiago de Chile: FONADIS-INE; 2004 [citado 5 Mar 2021]. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/pag/136/1196/resultados_endisc_i
- ⁴ Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a equipos de salud [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL/OPS; 2012 [citado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb-5d1e0400101650128e9.pdf>
- ⁵ Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* [Internet]. 1977 [citado 5 Mar 2021];196(4286):129-136. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1126/science.847460>
- ⁶ Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado 5 Mar 2021];42:e104. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- ⁷ Mauro V, Biggeri M, Deepak S. The effectiveness of community-based rehabilitation programmes: an impact evaluation of a quasi-randomised trial. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2014 [citado 5 Mar 2021];68:1102-1108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-203728>
- ⁸ Mason C, Weber J, Atasoy S, Sabariego C, Cieza A. Development of indicators for monitoring Community-Based Rehabilitation. *PLoS One* [Internet]. 2017 [citado 5 Mar 2021];12(6):e0178418. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178418>
- ⁹ Seijas V, Lugo L, Cano B. Understanding community-based rehabilitation and the role of physical and rehabilitation medicine. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2018 [citado 5 Mar 2021];54(1):90-99. Disponible en: <https://doi.org/10.23736/S1973-908716.04530-5>
- ¹⁰ De Groote W. Concept Changes and Standardizing Tools in Community-Based Rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am* [Internet]. 2019 [citado 5 Mar 2021];30:709-721. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2019.07.013>
- ¹¹ Biggeri M, Deepak S, Mauro V. Do community-based rehabilitation programmes promote the participation of persons with disabilities? A case control study from Mandya District, in India. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2013 [citado 5 Mar 2021];36(18):1508-1517. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2013.823244>
- ¹² Grandisson M, Thibeault R, Hebert M, Templeton A. Community-Based Rehabilitation Programme Evaluations: Lessons Learned in the Field. *Disability, CBR & Inclusive Development* [Internet]. 2014 [citado 5 Mar 2021];25(1):55-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5463/dcid.v25i1.240>
- ¹³ Ossandón MP. Rehabilitación basada en la comunidad frente a la realidad chilena. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional* [Internet]. 2014 [citado 5 Mar 2021];14(2):219-230. Disponible en: <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2014.35724>
- ¹⁴ Guajardo A, Recabarren E, Asún-Salazar D, Zamora-Astudillo C, Cottet-Soto P. Evaluación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria (RBC) desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2015 [citado 5 Mar 2021]. 63(3Sup):41-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.49333>
- ¹⁵ Besoain-Saldaña A, Rebolledo J, Manríquez M, Cortínez V, Huepe G, Aliaga-Castillo V. Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en centros de atención primaria en Chile. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado 5 Mar 2021];54:38. Disponible en: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001999>
- ¹⁶ Subsecretaría de Salud Pública, Chile; Municipalidad de Chimbarongo; Centro Ayudando a Crecer. Sistematización de la Experiencia de Rehabilitación basada en la Comunidad en Chimbarongo [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2010 [citado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.senadis.gob.cl/areas/salud/documentos/page/5>
- ¹⁷ Subsecretaría de Salud Pública, Chile; Municipalidad de Monte Patria. Sistematización de la Experiencia de Rehabilitación basada en la Comunidad en Monte Patria [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2008 [citado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.senadis.gob.cl/areas/salud/documentos/page/5>
- ¹⁸ Subsecretaría de Salud Pública, Chile; Municipalidad de La Reina. Sistematización de la Experiencia de Rehabilitación basada en la Comunidad en La Reina [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2014 [citado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://rehabilitacion.minsal.cl/sistematizacion-ccr-la-reina/>
- ¹⁹ Calle A, Rolack S, Anguita V, Campillay M. Perspectiva ética de la rehabilitación basada en la comunidad en el contexto chileno. *Rev Bioet Derecho* [Internet]. 2019 [citado 5 Mar 2021];(46):185-202. Disponible en: http://scielo.ieciis.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000200012&lng=es
- ²⁰ Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Rev Med Chil* [Internet]. 2017 [citado 5 Mar 2021];145:373-379. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300012>
- ²¹ Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [citado 5 Mar 2021];17(3):613-619. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- ²² Masson J. *Qualitative Researching* (2nd edition). Londres: SAGE Publications; 2002.
- ²³ Tapia S, Carreño A. ¿Es posible la integración del modelo comunitario en la atención de rehabilitación en Chile?: Una mirada desde la práctica de los profesionales de salud. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*. 2018;2(1):30-37.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.