

**AUTONOMIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA CON AYUDA DE
AGENTES DE REHABILITACION BASICA LÍDERES DE LA COMUNIDAD**

LIDERES DE LA COMUNIDAD COMO AGENTES REHABILITADORES

“YO, INCLUSO”

F.T FRANCY RUBIANO

201110498

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

ESPECIALIZACION EN GESTIÓN EN REHABILITACIÓN

2011

Tabla de Contenido

1	NOMBRE TECNICO	5
2	PROBLEMA	5
3	Propósito.....	10
4	Objetivo general	10
5	Objetivo específico.....	10
6	Justificación.....	10
7	Población sujeto	20
8	Ubicación geográfica	20
9	Componentes.....	21
10	Resultados.....	23
10.1	Resultados de componente 1 y 2	23
10.2	Resultados de componente 3.....	23
10.3	Resultados de componente 4.....	23
11	Metas.....	23
11.1	Meta de componente 1.....	23
11.2	Meta de componente 2.....	23
11.3	Meta de componente 3.....	23
11.4	Meta de componente 4.....	24
12	Indicadores.....	24
12.1	Indicadores componente 1	24
12.2	Indicadores componente 2	24
12.3	Indicadores componente 3	24
12.4	Indicadores componente 4	24
13	Productos.....	25
13.1	Producto de componente 1 y 2	25
13.2	Producto de componente 3	25
13.3	Producto de componente 4.....	25
14	Implementación	25

15	Costo del Proyecto ver anexo5.....	26
	BIBLIOGRAFIA.....	28
	ANEXO 1 - Test para evaluar competencias personales del líder como agente rehabilitador	31
	ANEXO 2 - Test para evaluar el nivel de conocimiento del agente rehabilitador	32
	ANEXO 3 - Formato para evaluar condiciones físicas generales de la personas con discapacidad física por amputación	33
	ANEXO 4 - Lista de Asistencia Proyecto Yo Incluso.....	34
	ANEXO 5 – Objetivos Específicos.....	35
	ANEXO 6 - Costos	38

RESUMEN

Este proyecto busca promover la autonomía de las personas en condición de discapacidad sobrevivientes de minas antipersonales, al crear una red social de apoyo a la persona con discapacidad física por pérdida de una extremidad, en la cual participan el líder como agente rehabilitador básico, el fisioterapeuta del municipio y el fisioterapeuta experto en rehabilitación.

Es una propuesta de intervención para facilitar desde la comunidad la inclusión social de la personas con discapacidad, al lograr la autonomía de ellos por medio del apoyo de los líderes de comunidad; quienes se empoderan de conocimientos en rehabilitación básica, cuentan con la asesoría permanente del profesional experto y por medio de el uso de las tecnologías de información de y comunicación se facilita la interacción entre los diferentes actores.

PALABRAS CLAVES

AUTONOMIA, RED SOCIAL DE APOYO, LIDER DE LA COMUNIDAD, AGENTE DE REHABILITACION BASICA, TECNOLOGIAS DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACION.

1 NOMBRE TECNICO

Autonomía de personas con discapacidad física, con ayuda de agentes de rehabilitación básica, líderes de la comunidad.

2 PROBLEMA

El conflicto armado colombiano se inició hace más de 50 años; tiene antecedentes desde la violencia partidista desde 1950 época en la cual se da inicio a una lucha entre integrantes del partido liberal y del partido conservador, posterior a una protesta en la ciudad de Bogotá por el asesinato del popular líder político del partido liberal Jorge Eliecer Gaitán.

Esta violencia urbana se extiende al sector rural en donde las situaciones de quebrantamiento de los derechos humanos que se llegan a vivir y de impunidad de ese momento, provocan la formación de las guerrillas liberales en los campos del país; luego se desata una guerra entre guerrillas, la más cruenta del siglo pasado.¹

En 1953 en el periodo de mandato del Presidente Rojas Pinilla, muchos de los integrantes de las guerrillas liberales desistieron de las armas posterior a la reforma agraria; otros no. De estas personas, algunas de ellas con ideología comunista, se formaron los movimientos guerrilleros Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC, el Ejército Liberación Nacional ELN, el Ejército Popular de Liberación EPL, entre otros grupos, quienes desde esta época hasta la fecha, son uno de los actores que han provocado el actual conflicto armado.²

En el transcurso de los años no se ha podido establecer cuál es la verdadera causa por la que abogan estos grupos; en un principio se crearon en protesta a la reforma agraria; pero su acción violenta crece cuando en el Presidente Virgilio Barco rompe el dialogo de paz con las guerrillas.

Esto ocurre el 16 de junio de 1987. En este día un grupo de las FARC atacó un convoy militar en el departamento de Caquetá; 26 militares y un civil fueron

¹ La violencia en Colombia y su impacto sobre el sector rural, Adolberto Machado "*Ricardo Amaya*". [Citado 2012 enero 2]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/ier/recursos_user/documentos/revista51/SCANNER/CDR%2024/articulo004.pdf

² Paz, política y paz, Marino Jaramillo Echeverry, junio de 1999. ". [Citado 2011 diciembre 28]. Disponible en: http://www.sogeocol.edu.co/documentos/paz_pol_pod.pdf.

mueritos; otros 43 uniformados resultaron heridos. A partir de esta fecha comienza una escalada de ataques a municipios, a bases militares, el secuestro extorsivo, el uso de armas no convencionales como los cilindros bomba y de minas rudimentarias; además, se relacionan con el tráfico de drogas para sostener una guerra contra el Estado³

Los integrantes de este grupo optaron por masificar el empleo de las minas antipersonal para entorpecer el desarrollo de las operaciones militares en su contra convirtiéndolas en el instrumento de guerra más utilizado en nuestro país.

No existe un registro exacto sobre el inicio del uso de minas antipersona por parte de los grupos guerrilleros; pero al parecer estas se comenzaron a usar en la época de la violencia por el grupo "Guerrillas Liberales del Llano" dirigido por Guadalupe Salcedo.

Entre 1970 y 1974 en el municipio el Carmen y San Vicente de Chucuri en Santander, nuevamente fueron utilizadas por el grupo guerrillero Ejército de Liberación Nacional ELN. Las utilizó para proteger sus campamentos durante las operaciones del Ejército Nacional; luego las plantó en caminos de herradura, trochas, campos y cultivos. No fue el único grupo en usarlas, en 1980 al grupo llamado M-19 se le incautó un lote de minas con el cual planeaban atacar a la ciudad de Mocoa; el grupo de las FARC también empezó a masificar el uso de estas.⁴

Colombia aún continúa en un conflicto armado que en lo que va a octubre 2011 ya se cuentan 9555 víctimas de minas antipersona en un porcentaje que corresponde en un 62% a miembros de las fuerzas militares y 38% a civiles; el año 2010 fueron 512 víctimas MAP y a octubre del 2011 ya va en 43.⁵

El país, por tercera vez consecutiva, ocupa los primeros lugares como el de mayor cantidad de minas antipersonales a nivel mundial.⁶

Las minas antipersonales y las Municiones sin Explotar (MUSE) representan un problema cada vez mayor para Colombia. Casi la mitad de sus municipios y 31 de

³ El 'Mono Jojoy', una historia de exclusión, sangre y guerra, Berlene Bertrán, 1 octubre 2010. ". [Citado 2012 enero 2]. Disponible en: <http://www.nuevosecos.com/wordpress/?cat=16&paged=2>

⁴ TESTIGOS FIELES, víctimas de horror de las minas antipersonal, Comando General Fuerzas Militares, Colección Ensayos-crónicas, Bogotá, primera edición, 2008. ". [Citado 2011 diciembre 20]. Disponible en: http://www.cgfm.mil.co/CGFMPortal/Cgfm_files/Media/File/pdf/libro-minas.pdf

⁵ Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal. [Citado 2012 enero 4]. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Situacion/Paginas/SituacionVictimasMinasAntipersonal.aspx>

⁶ Sánchez L., Colombia se remangó con las víctimas de las minas antipersona. El tiempo ed. 35191, 5 abril pág. 6, seccion1.

sus 32 departamentos han sufrido las consecuencias de las minas antipersona. Estos artefactos se encuentran en escuelas, a lo largo de los caminos rurales y en otras zonas protegidas por el Derecho Internacional Humanitario. Generalmente se encuentran ubicadas en zonas estratégicas del conflicto armado, zonas que son de difícil acceso por las características geográficas del país.

Estas víctimas, cuando sobreviven, quedan sin sus extremidades, les deja en los músculos y en las partes inferiores del cuerpo restos de tierra, césped, gravilla, fragmentos de plástico del revestimiento de la mina, trozos de zapatos y astillas de hueso. Si explotan cuando alguien las tiene entre las manos, las minas pueden llegar a cercenar dedos, brazos y partes del rostro. También pueden causar ceguera o heridas en el abdomen, el pecho y la médula.

La víctima que sobrevive a la explosión de una mina antipersonal es sometida a una amputación, a múltiples operaciones y a un tratamiento prolongado de rehabilitación física, proceso largo y generalmente poco exitoso, por el difícil acceso, no solo geográfico, sino también a los servicios de rehabilitación propiamente dichos de las entidades de salud del país.

La rehabilitación de un usuario con pérdida de una extremidad es un proceso largo por las características de nuestro sistema de salud, en el cual para lograr obtener una prótesis se requiere de una serie de intervenciones médicas y de requisitos administrativos que pueden tomar un poco más de un año para poder obtener este dispositivo.

Esta es la situación actual del sistema de salud, la cual se rige bajo los lineamientos de la ley 100 de 1993, que busca ampliar la universalidad, integralidad y equidad en salud a todos los ciudadanos pero sucede que a pesar del aumento de aportes dedicados en salud, esto no se refleja en la cobertura de los servicios, la calidad de estos y su sostenibilidad.

A 2011, esta son algunas cifras sobre el sistema de seguridad social de salud: las tasas de mortalidad infantil y de la niñez han venido disminuyendo al 14,7% y 17,7 % respectivamente; al 2008 la disminución de muerte por malaria fue del 37% al pasar de 85 en el 2005 a 53 muertes en el 2008. Se observa aumento de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes, leve aumento del

grado de satisfacción por la atención en el servicio de salud, pero este sigue inequitativo.⁷

En evaluación de calidad, contratación, confianza, tarifas, comunicación, información y pagos, ninguna de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo por parte de 102 representantes de hospitales y clínicas del país en su duodécima versión supero el promedio de los 60 puntos. Se detectó el fraccionamiento de los servicios; es decir que muchos pacientes no pueden continuar su manejo integral donde se realiza su consulta por primera vez sino que son obligados a trasladarse de un lado a otro; en cuanto a calidad, el 55% de los encuestados creen que no se esfuerzan por mejorar la calidad de atención de sus afiliados y el 23.7% opinan que nunca dan a conocer sus políticas relacionadas con el modelo de atención.⁸

Siendo este el panorama del sistema de salud de Colombia se puede realizar una proyección de como son los servicios de salud de los sobrevivientes de minas antipersonal; los más afectados son los miembros de las fuerzas armadas y los pobladores de los municipios, quienes son los que se encuentran en las zonas de conflicto armado el cual se ubica en zonas rurales; lejos de las principales ciudades del país, sitios donde se concentran las instalaciones de los diferentes servicios de salud.⁹

Los sobrevivientes se encuentran en situación de discapacidad, lo que tiene graves consecuencias sociales, psicológicas y económicas. Además de los efectos directos en ellos, sufren los familiares de las víctimas, sobre todo si dependen económicamente. Las comunidades afectadas por las minas también pagan un alto precio, pues pierden sus medios de subsistencia, no pueden dedicarse a la agricultura, y su economía colapsa.¹⁰

Los sobrevivientes de MAP civiles se ven directamente afectados al no contar con una intervención de rehabilitación oportuna, con consecuencias como alteraciones musculares, deformación de la articulación de la extremidad retirada, lesiones por

⁷ SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD, Hacia un sistema de salud con calidad, equidad y sostenibilidad, Carolina Londoño Araque, Ministerio de Protección Social, julio 2011. “. [Citado 2012 enero 5]. Disponible en:<http://isags-unasul.org/site/wp-content/uploads/2011/08/Colombia.pdf>

⁸ Las mejores y peores, RANKING DE LAS EPS, por redacción de negocios, 1 de marzo 2011. “. [Citado 2011 diciembre 29]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/impreso/negocios/articulo-254213-ranking-de-eps>

⁹ Minas antipersonales en Colombia, costo físico y emocional, Gloria Isabel Hernández Díaz, Umbral Científico, junio 2003, número 002, Universidad Manuela Beltrán, Bogotá. “. [Citado 2011 agosto 23]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/304/30400203.pdf>

¹⁰ Ibid.

sobreuso, inadecuado manejo de ayudas técnicas o desconocimiento de aquellas que le ofrecen independencia en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria.

Especialmente las personas que han perdido los miembros superiores, quienes, por falta de una mano, se ven afectados en sus actividades bimanuales de vestido, aseo y alimentación; confusión y temores ocasionados por las alteraciones sensitivas que se presentan después de la pérdida de una extremidad y posiblemente caídas al piso en las personas quienes han perdido los miembros inferiores por presencia de la sensación del miembro fantasma (experimentan el miembro como si aún estuviera unido a su cuerpo ya que el cerebro continúa recibiendo mensajes de los nervios que originalmente llevaban los impulsos desde el miembro perdido).

Mientras esto sucede, el paciente se deteriora en su condición física, limita el desempeño en sus actividades de la vida diaria, restringe su participación en el entorno, cambiando su desempeño en funciones que le son vitales para disfrutar la calidad de vida que le corresponde a su edad, como persona, en su núcleo familiar y en su comunidad viviendo la exclusión social.

Las personas con discapacidad encuentran barreras de orden actitudinal, física, geográfica, institucional, de sensibilización, de atropello a sus derechos, de escasa atención en su problemática a nivel social y gubernamental, escasa participación de sus asociaciones, en la resolución de sus necesidades como una marcada marginación que vive la persona con discapacidad.¹¹

A pesar de que en las principales ciudades del país existen ofertas de servicios de rehabilitación, el acceso a estos por las personas con discapacidad es muy limitado debido a barreras físicas y económicas. A este factor se suma además el desconocimiento del significado que tiene la discapacidad para las personas, los cuidadores y la ausencia de las redes de apoyo, lo cual es esencial para la construcción de un modelo social de inclusión social.¹²

¹¹ Política Pública en Discapacidad, Fortalecimiento y movilización social, Red de Solidaridad Social, Ministerio de Protección social, Comité de Rehabilitación de Antioquia, Mayo 2005

¹² ¿Qué significa la discapacidad?, María Elisa Moreno Fergusson· María Clara Rodríguez· Marybell Gutiérrez Duque, Luz Yorladi Ramírez, Olga Barrera Pardo Aquichan, Vol. 6, No 1, 2006.

3 Propósito

Contribuir a la autonomía de las personas en condición de discapacidad, sobrevivientes de las minas antipersonales, para su inclusión social.

4 Objetivo general

Promover el desarrollo de una red social de apoyo a la persona con discapacidad sobreviviente de mina antipersonal, conformada por el líder de la comunidad, el fisioterapeuta del municipio y el fisioterapeuta experto, para que las personas con discapacidad física por pérdida de una extremidad mejoren su desempeño funcional.

5 Objetivo específico

- Fortalecer mecanismos de intercambio de información y comunicación entre las redes sociales de apoyo.
- Fortalecer el conocimiento del líder de la comunidad en rehabilitación básica para que actué como Agente Rehabilitador en su municipio.
- Ofrecer herramientas conceptuales y prácticas para promover estilos de vida saludables en personas con discapacidad sobrevivientes de minas antipersona.

6 Justificación

Este proyecto busca promover la autonomía de las personas en condición de discapacidad sobrevivientes de minas antipersonales, al crear una red social de apoyo a la persona con discapacidad física por pérdida de una extremidad, en la

cual participan el líder como agente rehabilitador básico, el fisioterapeuta del municipio y el fisioterapeuta experto en rehabilitación.

Cuatro argumentos permiten abordar este fenómeno social: una red social de apoyo, el agente comunitario entrenado, la metodología de trabajo de rehabilitación basada en la comunidad y las tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Las redes sociales de apoyo son estructuras sociales compuestas de grupos de personas, las cuales están conectadas por intereses comunes de intervenir tempranamente para promover la autonomía de las personas con discapacidad física.

La red constituye la dimensión espacio-temporal del sujeto, del territorio sicosocial, un tejido de vínculos que representa su sistema afectivo y de comunicación. Por tanto la red tiene una valencia de funciones diversas: una valencia social a través del desarrollo de la percepción y vínculo de pertenencia; una valencia estructural y funcional en la medida que puede proporcionar ayuda y de sostén para el afrontamiento de diversas necesidades.¹³

Es el trabajo conjunto de los ciudadanos, comunidad, instituciones y el Estado quienes participan en la toma de decisiones e influyen en las políticas nacionales ayudan a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables; en nuestro país surgieron movimientos sociales que convocaron la acción a nivel nacional: el movimiento indígena, el de la educación, el de la salud, el sindical, el de las mujeres, de la cultura y de la comunicación.¹⁴

Son movimientos sociales que se empoderan, reúnen habilidades, esfuerzos, recursos, participan activamente en un esfuerzo colectivo para satisfacer sus necesidades. El empoderamiento se refiere a la habilidad de la gente para ganar comprensión y control sobre las fuerzas personales, sociales, económicas y políticas para mejorar su situación.¹⁵

¹³ Redes y Trabajo Social, José Francisco Campos Vidal, Taula, quardens de pensament (UIB), núm. 25-26, 1996. [Citado 2012 enero 3]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Taula/article/viewFile/70969/89931>

¹⁴ Guía de Sistematización de experiencias, Haciendo Memoria de las Redes Sociales de Apoyo (RSA), Ministerio de Protección Social, Consejería Presidencial de Programas Especiales Republica de Colombia, 2009. ". [Citado 2012 enero 3]. Disponible en: http://cppe.presidencia.gov.co/Prensa/Documents/Guia_de_Sistematizacion_de_Experiencias.pdf

¹⁵ Propiedades psicométricas de una escala para medir percepción del empoderamiento comunitario en mujeres, Gladys Eugenia Canaval, Enf., M.Sc., PhD, Colombia Medica Vol.30 N°2, 1999. [Citado 2012 enero 4]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article>

El empoderamiento comunitario es multidimensional y está compuesto por cuatro dimensiones: participación e influencia, liderazgo, interés comunitario y control personal; es una estrategia clave para lograr la promoción de la salud.¹⁶

En una comunidad se puede detectar líderes con las características anteriores quienes con su interés por la comunidad, la autoeficacia, la autoestima y el esfuerzo propio son los candidatos ideales para ser entrenado como agente de cambio especialmente en el área de la salud.

Esta función de formación de agentes de salud también es mencionada a nivel departamental por Céspedes G., en su artículo La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. “El núcleo de desarrollo personal y familiar, que busca potencializar las competencias de los participantes, que les permitan resolver los problemas cotidianos y a la vez impactar su desarrollo dentro de la comunidad, se desarrolló a través de tres estrategias proactivas (actividades) que incluyen el cuidado en casa, la formación de agentes de salud y las estrategias de apoyo a los cuidadores”.¹⁷

Para permitir una adecuada intervención es necesario ofrecer una asesoría permanente por parte de los expertos, así lo recomienda el documento de Ministerio de Protección Social, se tiene en cuenta la importancia de los agentes en la intervención que realiza en su comunidad, pero en ocasiones necesitarán que expertos de los sectores educativo, laboral, sanitario, social u otros, les proporcionen más información.¹⁸

Esta experiencia también se encuentra documentada a nivel de Distrito, donde los agentes de cambio reciben capacitación permanente la cual se evalúa periódicamente, se ajusta a las necesidades de la localidad, lo ayuda en el desarrollo de propuestas y en la ejecución de proyectos locales de beneficio a la población con discapacidad.¹⁹

En base de estos dos últimos contextos bibliográficos y especialmente en el resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad, OMS 2011 donde refiere: “La

¹⁶ Ibid.

¹⁷ La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Céspedes G. Aquichan. 2005; 5(1): 108-113. [Citado 2011 mayo 19].
Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/64/132>

¹⁸ Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y a la integración social de las personas con discapacidad. Documento posición conjunta 2004. [Citado 2011 mayo 19]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/rbc/9243592386_spa.pdf

¹⁹ Sistematización de la Experiencia de RBC en la SDS de Bogotá, D.C. Documento Borrador. [Citado 2011 mayo 19].
Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Discapacitados/RBC/Sistematizaci%C3%B3n%20RBC%20ppt.pdf>.

capacitación de agentes comunitarios puede resolver el problema del acceso geográfico y responder a la escasez de fuerza laboral y la dispersión geográfica como una alternativa para abordar los obstáculos a la atención de salud” encuentro la definición del líder de la comunidad como agente de rehabilitación básica quien con los conocimientos adquiridos busca aliviar la necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación, la cual al no ser atendida, puede tener malas consecuencias para las personas con discapacidad, como el deterioro del estado general de salud, limitaciones de las actividades, restricciones para la participación y desmejorar su calidad de vida.²⁰

La rehabilitación básica comunitaria (RBC) es la metodología de trabajo que permite integrar diferentes actores para permitir que desde la prevención de la discapacidad, la rehabilitación en atención primaria y la inclusión, busque la recuperación biopsicosocial para mejorar la calidad de vida de la población en situación de discapacidad y así facilitar su reintegración a la sociedad.

La RBC es un enfoque que se inicia a finales de la década de los 70 en el marco de la política “Salud para Todos en el año 2000” y la estrategia “Atención Primaria en Salud” de la Organización Mundial de la Salud. La idea surgió en un momento en el que se planteó modificar el modelo de rehabilitación sólo en atención médica, hacia uno que incluyera, además de ésta, “las medidas adoptadas a escala comunitaria para aprovechar constructivamente los recursos materiales y humanos de la comunidad, entre los que cuenta personas con discapacidades, su familia y los miembros de la comunidad”, basándose en sus necesidades, buscando la resolución de los problemas, y no la aplicación de una técnica o el ejercicio de una profesión.” Este se centra en el modelo medico de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con participación comunitaria”.²¹

Este modelo se aplica a nivel internacional en países en vía de desarrollo, Alana M. hace un paralelo entre el modelo RBC y estrategias utilizadas en los Estados Unidos, para satisfacer las necesidades de educación y rehabilitación y aclarar las prácticas de RBC de la que podemos aprender²²

²⁰ Sistematización de la Experiencia de RBC en la SDS de Bogotá, D.C. Documento Borrador. [Citado 2011 mayo 19].

Disponible en:

<http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Discapacitados/RBC/Sistematizaci%C3%B3n%20RBC%20ppt.pdf>.

²¹ Cuervo, C, Escobar M y Trujillo A. Más allá de una visión clínica de la discapacidad. Revista Ocupación Humana. 2000; 8 (4):12-16.

Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/64/133>

²² Alana M Zambone, Stephanie Cox Suarez. What We Can Learn from Developing Countries: The Community Based Rehabilitation Model. Rural Special Education Quarterly. Morgantown: 2010. Vol. 29, Iss. 3, p. 29-34 (6 pp.).[Citado 2011 mayo 19].

http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4052/is_201010/ai_n56445408/?tag=mantle_skin;content

En Japón Akai T. Elabora estrategias para intervenir en la comunidad y crear impacto en el diseño de programas terapéuticos para mejorar la calidad de vida de sobrevivientes de accidente cerebrovascular²³

Anjali D. en su artículo Physical Activity and Diates: Opportunities for Prevention Through Policy escribe los fundamentos de los enfoques de la prevención primaria de la diabetes tipo 2. Las intervenciones de la política son una forma de realizar cambios sostenibles en el entorno físico de una comunidad y por lo tanto ofrecer apoyo a otras intervenciones de cambio conductual intrapersonales e interpersonales, estas intervenciones pueden aumentar los niveles de actividad física dentro de las poblaciones.²⁴

De los modelos revisados el que aplica para la estrategia de este proyecto es el de la rehabilitación basada en la comunidad el cual utiliza una metodología de trabajo que permite integrar diferentes actores para permitir desde la prevención de la discapacidad, la rehabilitación en atención primaria y la inclusión escolar de niños con discapacidad, entre otros.

A nivel nacional se encuentran documentadas experiencias en Antioquia y el Valle del Cauca; “el objetivo principal del proyecto era trabajar en la prevención primaria, secundaria y terciaria de las discapacidades, como mecanismo para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Como actividades del proceso se realizaron charlas y talleres de sensibilización y prevención de la discapacidad dirigidos a la comunidad en general; también se realizó la capacitación de promotores de salud que pertenecen a estas comunidades, los cuales adelantaron el trabajo de detección y registro de casos que eran remitidos a los respectivos especialistas, encargados de realizar el acompañamiento, mediante visitas domiciliarias a los procesos de rehabilitación diseñados en cada caso”.²⁵

La RBC puede ser organizada satisfactoriamente a nivel de la comunidad y es más sostenible si cuenta con el apoyo de las políticas gubernamentales a nivel

²³ Akai, T. MS; Tanaka, K. PhD; Holland, G. J. PhD. Functional and Locomotive Characteristics of Stroke Survivors in Japanese Community-Based Rehabilitation. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. Número: Volumen 81(9), Septiembre 2002, p. 675-683. [Citado 2011 mayo 19]. Disponible en: <http://journals.lww.com/ajpmr/toc/2002/09000>.

²⁴ Anjali D Deshpande, Elizabeth A Dodson, Ira Gorman, Ross C Brownson. Physical Activity and Diates: Opportunities for Prevention through Policy. Physical Therapy Volume 88 Number 11 November 2008. [Citado 2011 mayo 19]. Disponible en: <http://www.physicaltherapyjournal.com/content/88/11/1425.full.pdf+html>

²⁵ Anjali D Deshpande, Elizabeth A Dodson, Ira Gorman, Ross C Brownson. Physical Activity and Diates: Opportunities for Prevention through Policy. Physical Therapy Volume 88 Number 11 November 2008. [Citado 2011 mayo 19]. Disponible en: <http://www.physicaltherapyjournal.com/content/88/11/1425.full.pdf+html>.

nacional, regional y municipal. A nivel de la comunidad los actores principales son el Comité de RBC y los Agentes Comunitarios; las funciones de estos últimos son:

- Involucrar a la comunidad en el programa de RBC.
- Localizar e identificar las personas de la comunidad que presentan discapacidades y aquellos que se beneficiarían de las actividades del programa.
- Localizar un familiar o un miembro de la comunidad para que actúe como un líder de las actividades dirigidas a la persona con discapacidad, provea las instrucciones y evalúe el progreso de la persona que está recibiendo las actividades.
- Facilitar la integración de los niños dentro de sus escuelas y de los adultos en sus oportunidades de trabajo.
- Referir a cualquier otro servicio que requieran las personas.
- Mantener datos y estadísticas que demuestren la efectividad del programa.

En esta definición de agente de cambio se ubica la definición contextual para el líder comunitario quien se identifica con las funciones arribas mencionadas. Pero para este proyecto para que el líder opere también como agente rehabilitador él debe estar familiarizado con el marco de la Clasificación Internacional de la Funcionalidad (CIF), ya que ésta provee una guía en áreas importantes de la vida que deben ser consideradas cuando se está desarrollando el programa de RBC, como por ejemplo:

- La condición de salud y el diagnóstico de la persona
- Las habilidades de la persona en diversas áreas, como son: aprendizaje, comunicación, movilidad, cuidados propios, vida doméstica y en la comunidad
- Factores ambientales que afectan la participación de las personas con discapacidades, como son: Productos y tecnología, el ambiente natural y físico, las relaciones interpersonales y las actitudes, servicios, sistemas y políticas.²⁶

Los medios que facilitan la interacción de los actores como una red social para contribuir a la autonomía de las personas en condición de discapacidad sobrevivientes de las minas antipersonales para su inclusión social son las tecnologías de información y comunicación.

²⁶ Salud y Minorías étnicas, Rodolfo Hernando Moreno Mina, Ginebra Suiza 2008. [Citado 2011 mayo 19]. Disponible en: http://www.cuhd.org/revue/textos09/N1_Revue_esp_Moreno_Mina.pdf

Las TICS: facilitan la comunicación entre las personas; independiente de su situación geográfica, rompen las barreras espacio-temporales facilitando la interacción entre personas mediante comunicaciones orales (telefonía por IP), escritas (correo electrónico) o audiovisuales (videoconferencias) Correo electrónico, mensajería SMS, mensajes cortos a móviles; desarrolla proyectos de identidad entre centro de diferentes comunidades autónomas.

Es posible construir auténticas comunidades virtuales para aprender, permitiendo a los tutores y a los aprendices comunicarse a bajo costo, ayudándose mutuamente, coordinando sus actividades, proporcionando la clase de identidad y los sentimientos de pertenencia al grupo que se encuentra en comunidades en que las relaciones son cara a cara. Ofrecen la posibilidad de trabajar en proyectos telemáticos, entornos de trabajo colaborativo más allá de unos espacios físicos, contactando a tutores y aprendices de cualquier región del mundo potenciando la educación intercultural, a través del conocimiento directo de lo que sucede en otras partes del mundo. El aprendizaje que se logra es colaborativo como el autoaprendizaje, lo potencia a lo largo de toda la vida, posibilita el trabajo sobre temas sociales permitiendo la aproximación a muy distintas realidades con objetivos reales.²⁷

Pero quienes son estos actores y bajo que lineamientos van a operar esta estrategia.

El profesional experto en rehabilitación es fisioterapeuta con 22 años de experiencia profesional, 14 en rehabilitación integral, vinculado al centro de rehabilitación integral CIREC; esta es una fundación que cuenta con un equipo de rehabilitación integral para el manejo de usuarios con amputación, así como también usuarios de otros diagnósticos que requieren de intervención para optimizar su funcionalidad. Entre sus profesionales, CIREC cuenta con un equipo médico experto en el manejo de esta población y con una serie de programas sociales para atender a las personas en situación de discapacidad, en especial: “Semilla de Esperanza – Asistencia a víctimas de minas antipersona. Ha sido implementado por CIREC para dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de discapacidad y específicamente de los sobrevivientes de minas antipersonal y MUSE o UXO’S (Munición Sin Estallar).

Semillas de Esperanza utiliza una estrategia de rehabilitación y trabajo con participación comunitaria, con un enfoque holístico, que busca la recuperación

²⁷ Uso pedagógico de materiales y recursos educativos de las TIC sus ventajas y el aula, Valcárcel A., Rodero L., Departamento de Didáctica, Organización y métodos de Investigación, Universidad de Salamanca. “. [Citado 2012 agosto 23]. Disponible en: http://www.eyg-fere.com/TICC/archivos_ticc/AnayLuis.pdf

biopsicosocial para mejorar la calidad de vida de esta población y lograr su reintegración a la sociedad. Este programa ha hecho presencia en cinco departamentos y cuarenta y ocho municipios de Colombia” y está conformado por un coordinador, una trabajadora social y cuatro facilitadores, quienes, bajo los lineamientos trazados por la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), coordinan un grupo de líderes comunitarios en cada uno de los 48 municipios.²⁸

En convocatoria realizada por este programa como parte de formación a diez de líderes de la comunidad de diferentes municipios en el mes de mayo de 2011, se realizó una actividad de diagnóstico rápido para poder evaluar el interés de estos en adquirir conocimientos básicos de intervención en rehabilitación y determinar cuáles temas eran prioritarios en su comunidad.

Se concluyó de esta actividad una alta motivación de los líderes para aprender conocimientos básicos y encontrarse así en capacidad de ayudar a las Personas con Discapacidad en temas como el uso de ayudas técnicas, la prevención de escaras en persona con lesión de médula espinal, pautas de manejo de los niños en situación de discapacidad física, usuarios de silla de ruedas.

Se crea esta red social con el fin de acoger la estrategia planteada en el resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad, OMS 2011, donde refiere: La capacitación de agentes comunitarios puede resolver el problema del acceso geográfico y responder a la escasez de fuerza laboral y la dispersión geográfica como una alternativa para abordar los obstáculos a la atención de salud.

El líder de la comunidad como agente de rehabilitación básica con los conocimientos adquiridos busca aliviar la necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación por parte del sistema de salud del país la cual puede tener malas consecuencias para las personas con discapacidad, como el deterioro del estado general de salud, limitaciones de las actividades, restricciones para la participación y el deterioro de su calidad de vida.²⁹

El agente rehabilitador básico cuenta con conocimientos en rehabilitación en aspectos de prevención y asistencia, facilita de esta manera el proceso de

²⁸ Uso pedagógico de materiales y recursos educativos de las TIC sus ventajas y el aula, Valcárcel A., Rodero L., Departamento de Didáctica, Organización y métodos de Investigación, Universidad de Salamanca. “. [Citado 2012 agosto 23]. Disponible en: http://www.eyg-ferre.com/TICC/archivos_ticc/AnayLuis.pdf

²⁹ Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad, OMS 2011 [Citado 2011 junio 19]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/worldreport/2011/summary_es.pdf.

integración educativa, social y laboral de las personas con limitación de la actividad y restricciones de la participación.³⁰

Sin embargo para focalizar el proyecto esta intervención se realizará con solo 5 líderes del programa semillas de esperanza quienes tienen el perfil de líderes para esta actividad: participación, dominio, liderazgo, interés comunitario. Estos líderes pertenecen a las asociaciones de los municipios de San Juan de Nepomuceno, Sardinata, San Vicente de Chucuri, Betulia y Matanza.

Los resultados de esta primera fase del proyecto facilitará plantear una segunda fase del proyecto que es la gestión de una página web interactiva donde los líderes de cada comunidad u otro individuo interesado en el tema de rehabilitación básica utilicen este medio para poder intervenir tempranamente el estado de salud de una persona con discapacidad física por pérdida de una extremidad y promover su adecuada funcionalidad dentro de su nueva situación. Esta intervención siempre contará con la asistencia de la fisioterapeuta con el fin de retroalimentar una adecuada aplicación del conocimiento.

Esta estrategia permite identificar: roles, intereses, nivel de participación, capacidad de participación en el dominio de tema de salud en su comunidad y temas de rehabilitación básica que se requieren en la comunidad de cada uno de los líderes para ser tratados en una siguiente fase de la página web interactiva de rehabilitación básica en la que se puedan manejar otros temas de salud.

Es así como, este proyecto propone una estrategia para dar oportunidad a la salud de las personas que viven en zonas de difícil acceso geográfico o con dificultades para contar con un servicio de rehabilitación en su comunidad, al mantener actualizados los conocimientos a los líderes, quienes en la mayoría de los casos son personas con discapacidad física, administran bien su salud, suministran información a su comunidad y con su actitud dan ejemplo.

Es importante aclarar que esta estrategia de intervención en ningún momento desea sustituir el conocimiento médico para realizar procesos de rehabilitación, esta intervención tiene como fin ofrecer unas herramientas básicas de intervención en rehabilitación aprovechando el recurso humano disponible en la comunidad.

El proyecto contempla el siguiente marco legal:

Constitución Política de 1991.

³⁰ Lecciones aprendidas en RBC en América Latina". [Citado 2012 agosto 2]. Disponible en:http://www.snr.gov.ar/100-300-RBC/Lecciones_aprendidas-OPS.pdf

Define la salud y la seguridad social como servicios públicos de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Ley 10 de 1990

En su artículo 4 integra al sistema de salud la rehabilitación funcional.

Ley 100 de 1993.

Documento Conpes Social de 80. Consejo Nacional de Política Económica y Social- Departamento Nacional de Planeación: plantea los compromisos para la implementación de la Política Pública de Discapacidad y las estrategias para su desarrollo con la participación de las instituciones del Estado en las diferentes entidades territoriales, la sociedad civil y la ciudadanía.

Ley 361 de 1997

Establece los mecanismos de integración social de las personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones. Esta ley fundamenta sus principios en los artículos 13, 47, 54 y 68 que la Constitución Nacional en los cuales se reconoce que las Personas con discapacidad deben gozar de los mismos derechos fundamentales, libertades y oportunidades que las demás personas sin ninguna discriminación, y se promueve la construcción de una política de previsión, rehabilitación e integración social, educativa y laboral.

Esta ley dicta medidas para que se ofrezca una prevención efectiva de la discapacidad, se promuevan acciones para la integración educativa, laboral y de bienestar social de las personas con discapacidad y, se brinde una formación adecuada a los profesionales y a los miembros de la comunidad que intervenga en la atención, rehabilitación y establecimiento de medidas de equiparación de oportunidades de esta población.

Convención en Ottawa 3 de diciembre 1997

Sobre la prohibición y sobre la destrucción de las minas antipersona.

Artículo 8 de la ley 975

El derecho de las víctimas a la reparación: La rehabilitación deberá incluir la atención médica y psicológica para las víctimas o sus parientes en primer grado de consanguinidad de conformidad con el Presupuesto del Fondo para la Reparación de las Víctimas.

Art.44 de la ley 975 de 2005

Señala la reparación de las víctimas de la que trata la presente ley comparta los deberes de la restitución, indemnización, rehabilitación y satisfacción.

Decreto 1290 de 2008 capítulo 2

Artículo 7 El Estado, a través de este programa, prestará a las víctimas que lo requieran asistencia para su recuperación de traumas físicos o psicológicos sufridos como consecuencia del tipo de victimización del que trata este decreto.

Decreto 2150 de 2007

Art. 1º Crease en el departamento Administrativo de la Presidencia de la Republica, El Programa Presidencial Para la Acción Integral contra Minas Antipersonal.

De igual manera se acoge a la Resolución 37/52, 3 de Diciembre de 1982, de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Artículo 19-20) y Ley 361 de 1997, de la constitución colombiana, al dar una respuesta oportuna a la necesidad del servicio de rehabilitación básica para facilitar la autonomía de las personas con discapacidad física a través de una asesoría de conocimiento en rehabilitación al líder de la comunidad para que el actúe como una agente de cambio.

7 Población sujeto

Líderes de la comunidad de los municipios de San Juan de Nepomuceno, Sardinata, San Vicente de Chucuri, Betulia y Matanza.

8 Ubicación geográfica

- San Juan de Nepomuceno: Su cabecera está comprendida entre las coordenadas 9º 37 de latitud norte y 74º 15 longitud norte del meridiano de Greenwich, limita al norte con los municipios del Guamo y Calamar, al Este con el municipio de mahates y al Oeste los municipios de Zambrano y San Jacinto, al sur con los municipios de San Jacinto y María la Baja. Tiene una extensión aproximada de 675 Km² que equivalen al 1,53% del total del departamento de Bolívar. Tiene una altura de 1,67 Mts. sobre el nivel del mar. Está

topográficamente determinado por los montes de María, con zonas donde se presentan pendientes muy variadas y máximo de 50°.

- Sardinata: es un municipio de Norte de Santander, Colombia. Fundado en 1876, con una superficie de 1.260 km, ubicado a 300 metros sobre el nivel del mar, la cual lo hace una región caliente de 29 °C, aunque el punto más alto se halla en el "Cerro de Banderas" a 1.850 msnm. Su población en 1993 fue de 21.247 habitantes. A distancia de 40 km de Cúcuta capital del departamento.
- San Vicente de Chucuri: San Vicente de Chucuri se ubica a 87 Kilómetros de distancia desde la intersección "la renta" que lo comunica a Bucaramanga capital del Norte de Santander.
- Betulia: Está ubicado en el centro – occidente del departamento, a unos 90 km. de la capital, Bucaramanga. (73,18° de longitud oeste y 6,55° de latitud norte). Limita con los municipios de San Vicente de Chucuri (sur y occidente), Zapatoca (sur y suroriente), y Girón (Norte y nororiente). Comprende tierras montañosas y planas, teniendo alturas que oscilan entre los 100 y los 2100 msnm. Por ello, posee variedad de climas que van desde los cálidos lluviosos (Valle del Sogamoso y llanura del Río Magdalena) hasta los templados y fríos (Zonas altas de la Serranía de los Yariguíes).
- Matanza: Se localiza en una zona montañosa al noreste de Bucaramanga. Las tierras donde se encuentra ubicado el municipio son atravesadas por los ríos Negro y Suratá. Matanza limita con El Playón por el norte, con Bucaramanga por el sur, con Suratá y Charta por el oriente, y con Río Negro por el occidente.

9 Componentes

- Liderazgo comunitario: El liderazgo guarda relación con la capacidad de ejercer influencia sobre las actividades de un grupo organizado en los esfuerzos que este realiza para definir y alcanzar un objetivo.³¹

Las actividades a realizar son:

³¹ Fortalecimiento de las Organizaciones Pertenecientes a la Asociación de Proyectos Comunitarios. a.p.c." Liderazgo, Participación Comunitaria y Ciudadanía, Asociación de proyectos Comunitarios, Popayán, 2005". [Citado 2011 agosto 20]. Disponible en: http://www.asoproyectos.org/doc/Modulo_1_Liderazgo.pdf

1. Identificar criterios de selección del líder
 2. Seleccionar líderes
 3. Proceso de formación de trabajo en red
 4. Definir medio de comunicación entre actores
 5. Seleccionar agente rehabilitador, (Ver anexo 1)
- Red social: son estructuras sociales compuestas de grupos de personas, las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes o que comparten conocimientos.

Las actividades a realizar son:

1. Construir medio de comunicación para el intercambio de información
- El agente rehabilitador básico: cuenta con conocimientos en rehabilitación en aspectos de prevención y asistencia, facilitando de esta manera el proceso de integración educativa, social y laboral de las personas con limitación de la actividad y restricciones de la participación.³²

Las actividades a realizar son:

1. Evaluar criterios de intervención rehabilitación básica por parte de los líderes, antes de la capacitación. (Ver anexo 2)
 2. Definir tema de rehabilitación a trabajar en rehabilitación básica de personas con discapacidad.
 3. Evaluar criterios de intervención rehabilitación básica por parte de los líderes al final de la capacitación.
- Autonomía: logro del máximo nivel de participación e integración en sus áreas de desempeño familiar, social y laboral³³

Las actividades a realizar son:

³² Lecciones aprendidas en RBC en América Latina". [Citado 2012 agosto 2]. Disponible en:http://www.snr.gov.ar/100-300-RBC/Lecciones_aprendidas-OPS.pdf

³³ Libro Blanco de la Diplomatura en Terapia Ocupacional, Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Terapia Ocupacional, Zaragoza, 2004. ". [Citado 2011 agosto 20]. Disponible en: http://www.udc.es/grupos/cndeuto/docs/libro_blanco_cndeuto_to.pdf

1. Evaluar condiciones iniciales de estado actual de las personas con discapacidad física por pérdida de una extremidad. (Ver anexo 3)
2. Intervenir en rehabilitación básica a las personas con discapacidad física por pérdida de una extremidad.
3. Evaluar condiciones finales a los seis meses de realizar la actividad a las personas con discapacidad física por pérdida de una extremidad. (ver anexo 5).

10 Resultados

10.1 Resultados de componente 1 y 2

- 5 líderes de la comunidad actúan como agentes de rehabilitación en su comunidad.

10.2 Resultados de componente 3

- Los líderes incrementan en un 75% el conocimiento en rehabilitación.

10.3 Resultados de componente 4

- 30 personas con discapacidad sobrevivientes de minas antipersonas incrementan su condición física en un 25%. (Ver anexo 5).

11 Metas

11.1 Meta de componente 1

- A 6 meses 5 líderes de la comunidad actúan como agentes de rehabilitación.

11.2 Meta de componente 2

- A 6 meses se han conformado 5 redes de apoyo, una por cada municipio.

11.3 Meta de componente 3

- A 6 meses los 5 líderes tienen el 75% de conocimiento en rehabilitación básica.

11.4 Meta de componente 4

- 30 personas con discapacidad mejoran en un 25% su condición física con relación a su condición física inicial. (Ver anexo 5).

12 Indicadores

12.1 Indicadores componente 1

Nombre: Líderes comunitarios

Formula:

$$\frac{\# \text{ De personas que tienen el perfil como agente rehabilitador}}{\# \text{ Total de líderes convocados}}$$

12.2 Indicadores componente 2

Nombre: Red social

Formula:

$$\frac{\# \text{ De redes conformadas}}{\# \text{ Líderes comunitarios seleccionados}}$$

12.3 Indicadores componente 3

Nombre: Conocimiento en rehabilitación

Formula:

$$\frac{\# \text{ Líderes que mejoran su conocimiento en rehabilitación}}{\# \text{ Líderes convocados}}$$

12.4 Indicadores componente 4

Nombre: Condición física

Formula:

De personas con discapacidad que mejoran su condición física

De personas con discapacidad física convocadas

El número de personas con discapacidad física convocadas puede determinarse a partir de la lista asistencia (ver anexo 4). (Ver anexo 5).

13 Productos

13.1 Producto de componente 1 y 2

- Modelo de intervención para aplicar rehabilitación básica con líderes comunitarios.

13.2 Producto de componente 3

- Versión actualizada y en medio magnética de revista "Rehabilitación comunitaria".
- Medio de comunicación diseñado, pagina web.

13.3 Producto de componente 4

- Artículo para publicar en revista Oportunidad de Vida de Cirec y concurso de artículos en página web fisionet de España: "Ganancia en autonomía de la personas con discapacidad física por intervención de los líderes de la comunidad como agente de rehabilitación básica". (Ver anexo 5).

14 Implementación

- Fase 1: Comprende la ejecución de los tres componentes del proyecto, 6 meses
- Fase 2: Creación de página web de rehabilitación básica, 6 meses.

15 Costo del Proyecto

\$ 49.826.750 (ver anexo 6).

BIBLIOGRAFIA

Akai, T. MS; Tanaka, K. PhD; Holland, G. J. PhD. Functional and Locomotive Characteristics of Stroke Survivors in Japanese Community-Based Rehabilitation. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. Número: Volumen 81(9), Septiembre 2002, p. 675-683. [Citado 2011 mayo 19].

Alana M Zambone, Stephanie Cox Suarez. What We Can Learn from Developing Countries: The Community Based Rehabilitation Model. Rural Special Education Quarterly. Morgantown: 2010. Vol. 29, Iss. 3, p. 29-34 (6 pp.).[Citado 2011 mayo 19].

Anjali D Deshpande, Elizabeth A Dodson, Ira Gorman, Ross C Brownson. Physical Activity and Diates: Opportunities for Prevention through Policy. Physical Therapy Volume 88 Number 11 November 2008. [Citado 2011 mayo 19]. Disponible en: <http://www.physicaltherapyjournal.com/content/88/11/1425.full.pdf+html>.

Disponible en: <http://journals.lww.com/ajpmr/toc/2002/09000>.

Cuervo, C, Escobar M y Trujillo A. Más allá de una visión clínica de la discapacidad. Revista Ocupación Humana. 2000; 8 (4):12-16.

Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/64/133>

El 'Mono Jojoy', una historia de exclusión, sangre y guerra, Berlene Bertrán, 1 octubre 2010. ". [Citado 2012 enero 2]. Disponible en: <http://www.nuevosecos.com/wordpress>.

Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y a la integración social de las personas con discapacidad. Documento posición conjunta 2004. [Citado 2011 mayo 19]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/rbc/9243592386_spa.pdf

Fortalecimiento de las Organizaciones Pertenecientes a la Asociación de Proyectos Comunitarios. a.p.c." Liderazgo, Participación Comunitaria y Ciudadanía, Asociación de proyectos Comunitarios, Popayán, 2005". [Citado 2011 agosto 20]. Disponible en: http://www.asoproyectos.org/doc/Modulo_1_Liderazgo.pdf

Guía de Sistematización de experiencias, Haciendo Memoria de las Redes Sociales de Apoyo (RSA), Ministerio de Protección Social, Consejería Presidencial

de Programas Especiales Republica de Colombia,2009. “. [Citado 2012 enero 3]. Disponible en: http://cppe.presidencia.gov.co/Prensa/Documents/Guia_de_Sistematizacion_de_Experiencias.pdf

La violencia en Colombia y su impacto sobre el sector rural, Adalberto Machado "Ricardo Amaya “. [Citado 2012 enero 2]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/ier/recursos_user/documentos/revista51/articulo004.pdf.

La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Céspedes G. Aquichan. 2005; 5(1): 108-113. [Citado 2011 mayo 19].

Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan>.

Las mejores y peores, RANKING DE LAS EPS, por redacción de negocios, 1 de marzo 2011. “. [Citado 2011 diciembre 29]. Disponible en:

<http://www.elespectador.com/impreso/negocios/articulo-254213-ranking-de-eps>

Lecciones aprendidas en RBC en América Latina“. [Citado 2012 agosto 2]. Disponible en:http://www.snr.gov.ar/100-300-RBC/Lecciones_aprendidas-OPS.pdf

Libro Blanco de la Diplomatura en Terapia Ocupacional, Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Terapia Ocupacional, Zaragoza, 2004. “. [Citado 2011 agosto 20]. Disponible en:

http://www.udc.es/grupos/cndeuto/docs/libro_blanco_cndeuto_to.pdf

Minas antipersonales en Colombia, costo físico y emocional, Gloria Isabel Hernández Díaz, Umbral Científico, junio 2003, número 002, Universidad Manuela Beltrán, Bogotá. “. [Citado 2011 agosto 23]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/304/30400203.pdf>

Paz, política y paz, Marino Jaramillo Echeverry, junio de 1999. “. [Citado 2011 diciembre 28]. Disponible en:

http://www.sogeocol.edu.co/documentos/paz_pol_pod.pdf.

Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal. [Citado 2012 enero 4]. Disponible en:

<http://www.accioncontraminas.gov.co/Situacion/Paginas/SituacionVictimasMinasAntipersonal.aspx>.

Propiedades psicométricas de una escala para medir percepción del empoderamiento comunitario en mujeres, Gladys Eugenia Canaval, Enf., M.Sc., PhD, Colombia Medica Vol.30 N°2, 1999. [Citado 2012 enero 4]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article>.

Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad, OMS 2011 [Citado 2011 junio 19]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/worldreport/2011/summary_es.pdf.

Sistematización de la Experiencia de RBC en la SDS de Bogotá, D.C. Documento Borrador. [Citado 2011 mayo 19].

Disponible en:

<http://saludcapital.gov.co/DocumentosDiscapacitados/RBC/SistematizaciónRBCBogotá.pdf>

Redes y Trabajo Social, José Francisco Campos Vidal, Taula, guardens de pensament (UIB), núm. 25-26, 1996. [Citado 2012 enero 3]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Taula/article>.

Sánchez L., Colombia se remangó con las víctimas de las minas antipersona. El tiempo ed. 35191, 5 abril pág. 6, seccion1.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD, Hacia un sistema de salud con calidad, equidad y sostenibilidad, Carolina Londoño Araque, Ministerio de Protección Social, julio 2011. “. [Citado 2012 enero 5]. Disponible en:

<http://isags-unasul.org/site/wp-content/uploads/2011/08/Colombia.pdf>

TESTIGOS FIELES, víctimas de horror de las minas antipersonal, Comando General Fuerzas Militares, Colección Ensayos-crónicas, Bogotá, primera edición, 2008. “. [Citado 2011 diciembre 20]. Disponible en: http://www.cgfm.mil.co/CGFMPortal/Cgfm_files/Media/File/pdf/libro-minas.pdf.

Salud y Minorías étnicas, Rodolfo Hernando Moreno Mina, Ginebra Suiza 2008. [Citado 2011 mayo 19]. Disponible en: http://www.cuhd.org/revue/textos09/N1_Revue_esp_Moreno_Mina.pdf

Uso pedagógico de materiales y recursos educativos de las TIC sus ventajas y el aula, Valcárcel A., Rodero L., Departamento de Didáctica, Organización y métodos de Investigación, Universidad de Salamanca. “. [Citado 2012 agosto 23]. Disponible en: http://www.eyg-ferre.com/TICC/archivos_ticc/AnayLuis.pdf

ANEXO 1 - Test para evaluar competencias personales del líder como agente rehabilitador

Compromiso, puntualidad, cumplimiento, liderazgo, responsabilidad y dinamismo,

1. Cuando usted tiene una tarea asignada siente que debe cumplirla de forma adecuada y completa.
Siempre_____ No siempre_____
2. Usted llega a tiempo a cumplir con sus compromisos laborales, académicos y familiares
Siempre_____ No siempre_____
3. Cuando tiene pendiente realizar un trabajo, usted lo elabora adecuadamente y lo entrega oportunamente.
Siempre_____ No siempre_____
4. Le agrada dirigir grupos.
Siempre_____ No siempre_____
5. Le gusta conducir a las personas para que realicen una actividad determinada
Siempre_____ No siempre_____
6. Es usted puntual, realiza todas las labores que le han propuesto en el día.
Siempre_____ No siempre_____
7. Cumple usted con todas las tareas asignadas en el periodo de tiempo asignado.
Siempre_____ No siempre_____

Gracias.

ANEXO 2 - Test para evaluar el nivel de conocimiento del agente rehabilitador

1. Uso de vendaje ¿este se debe usar todo el día? Sí ___ No ___
2. Manejo del dolor en el muñón ¿el masaje manual y uso de bolsa de agua caliente lo disminuyen? Sí ___ No ___
3. Manejo de la sensibilidad en el muñón ¿el masaje con una toalla seca disminuye las sensaciones de corrientazos, latigazos o punzadas en el muñón? Sí ___ No ___
4. Manejo de flexibilidad ¿Cuál página corresponde a los ejercicios para mejorar la flexibilidad muscular? Pagina _____
5. Manejo de fuerza muscular ¿Cuál página corresponde a los ejercicios para mejorar la fuerza muscular? Pagina _____
6. ¿Los ejercicios de la revista se deben realizar todos los días? Sí ___ No ___
7. ¿Se debe suspender el ejercicio si el dolor se aumenta en el participante de la actividad? Sí ___ No ___
8. ¿Se debe suspender el uso de la prótesis si esta ocasiona lesiones en la piel o esta pequeña? Sí ___ No ___

Gracias

ANEXO 3 - Formato para evaluar condiciones físicas generales de la personas con discapacidad física por amputación

NOMBRE _____

EDAD: _____ NIVEL DE AMPUTACION: _____

TIEMPO DE AMPUTACION: _____ TIEMPO DE USO DE PROTESIS: _____

1. ¿Siente dolor en alguna articulación o musculo de su cuerpo? Si NO
2. Mencione cual es la articulación o musculo que le ocasiona dolor:

3. ¿Siente corrientazos, hormigueamientos o latigazos en el muñón? Si NO
4. ¿Siente el pie o la mano que ya no están? Si NO
5. ¿Cuándo se sienta en el piso y estira las manos a tocar los pies lo puede hacer sin doblar las rodillas? Si NO

¿Cuándo está sentado el participante de la actividad y se aplica fuerza por parte del agente

6. rehabilitador hacia abajo en la rodilla tiene buena fuerza para subir la rodilla? Si NO
7. ¿Cuándo está sentado el participante de la actividad y se aplica fuerza por parte del agente rehabilitador hacia abajo en el tobillo tiene buena fuerza para mantener la rodilla extendida? Si NO
8. ¿Cuándo está sentado el participante de la actividad y se aplica fuerza por parte del agente rehabilitador hacia adelante en el tobillo tiene buena fuerza para mantener la rodilla doblada? Si NO
9. ¿Cuándo está acostado el participante de la actividad y se aplica fuerza por parte del agente rehabilitador hacia afuera de la pierna tiene buena fuerza? Si NO
10. ¿Cuándo está acostado boca abajo el participante de la actividad y se aplica fuerza por parte del agente rehabilitador hacia abajo en el muñón tiene buena fuerza para no dejar baja el muñón? Si NO

Gracias

ANEXO 5 – Objetivos Específicos

ESPECIALIZACIÓN GESTIÓN EN REHABILITACIÓN Y/O INCLUSIVO LUZFRANCY RUBIANO GONZALEZ										
Problema	Propósito	Objetivo General	Objetivo Específico	Componente	Metas	Indicadores, fórmula	Actividades	Resultados	Productos	Fuentes de verificación
Exclusión social de las personas con discapacidad sobrevivientes de minas antipersonales.	Promover la autonomía de las personas en condición de discapacidad sobrevivientes de minas antipersonales.	Promover el desarrollo de una red social de apoyo para que las personas sobrevivientes de minas antipersonales, con discapacidad física por pérdida de una extremidad mejoren su desempeño funcional	1. Fortalecer mecanismos de intercambio de información y comunicación entre las redes sociales de apoyo	Liderazgo comunitario	A 6 meses 5 líderes de la comunidad actúan como agentes de rehabilitación	Líderes comunitarios: # de personas que tienen el perfil de trabajo en red # Total de líderes convocados	Identificar criterios de selección del líder Seleccionar líderes Realizar inducción sobre el trabajo en red Definir medio de comunicación entre actores	5 líderes de la comunidad actúan como agentes de rehabilitación en su comunidad	Modelo de intervención para aplicar rehabilitación básica con líderes comunitarios	Lista de asistencia
					A 6 meses se han conformado 5 redes de apoyo, una por cada municipio	Red local: # de redes conformadas / # líderes comunitarios seleccionados	Seleccionar agente rehabilitador	5 líderes de la comunidad actúan como agentes de rehabilitación en su comunidad	Modelo de intervención para aplicar rehabilitación básica con líderes comunitarios	Test para evaluar nivel de compromiso del líder con la ejecución del proyecto al inicio y final de este
				Red social de apoyo	A 6 meses se han conformado 5 redes de apoyo, una por cada municipio	Red local: # de redes conformadas / # líderes comunitarios seleccionados	Constituir medio de comunicación para el intercambio de información			Número de visitas al correo de la fisioterapia por parte de los líderes de la comunidad

ESPECIALIZACIÓN GESTIÓN EN REHABILITACIÓN
10 INCLUSIVO
LUZ FRANC Y RUBINO GONZALEZ

Problema	Propósito	Objetivo General	Objetivo Específico	Componente	Meta	Indicadores, fórmulas	Actividades	Resultados	Productos	Fuentes de verificación
Exclusión social de las personas con discapacidad sobrevivientes de minas antipersonas	Promover la inserción de las personas en condición de discapacidad sobrevivientes de las minas antipersonas.	Promover el desarrollo de una red social de apoyo para que las personas sobrevivientes de minas antipersonas, con discapacidad física por explosión, participen en su comunidad y mejoren su desempeño funcional.	2. Fortalecer el conocimiento en rehabilitación básica del líder de la comunidad para que actúe como Agente Rehabilitador en su municipio	Agente de rehabilitación	A 6 meses los 5 líderes tienen el 75% de cumplimiento en rehabilitación	Compromiso en rehabilitación - # líderes que mejoran su compromiso en rehabilitación comunitarios	Evaluar criterios de intervención rehabilitación básica por parte de los líderes, antes de la capacitación.	Los líderes incrementan en un 75% el cumplimiento en rehabilitación	Versión actualizada y en medio magnético de revista "Rehabilitación comunitaria"	Teste de conocimientos sobre el contenido de la revista rehabilitación comunitaria
							Definir tema de rehabilitación a trabajar en rehabilitación básica de personas con discapacidad		Medio de comunicación diseñado	
							Evaluar criterios de intervención rehabilitación básica por parte de los líderes al final de la capacitación			

ESPECIALIZACIÓN GESTIÓN EN REHABILITACIÓN
Y/O INCLUSIÓN
LUZ FRANCY RUBIANO GONZALEZ

Problema	Propósito	Objetivo General	Objetivo Específico	Componente	Metas	Indicadores, fórmula	Actividades	Resultados	Productos	Fuentes de verificación
Exclusión social de las personas con discapacidad	Promover la inclusión social de las personas con discapacidad	Promover el desarrollo de una vida independiente en las personas sobrevivientes de minas antipersona, con discapacidad física por pérdida de una extremidad	Ofrecer herramientas conceptuales prácticas para promover estilos de vida saludables en personas con discapacidad sobrevivientes de minas antipersona	Autonomía	30 personas con discapacidad mejoran un 25% su condición física en un periodo de 6 meses a partir de su condición física inicial	Condición física # personas con discapacidad que mejoran su condición física # de personas con discapacidad convocadas	<p>Evaluar condiciones iniciales de estado actual de las personas con discapacidad física por pérdida de una extremidad</p> <p>Intervenir en rehabilitación básica a las personas con discapacidad física por pérdida de una extremidad</p>	30 personas con discapacidad sobrevivientes de minas antipersonas incrementan su condición física en un 25%	Artículo para publicar en revista Oportunidad de Vida de Cilecy con cargo a la Fundación para el Desarrollo de la Salud y el Bienestar de España. "Ganancia en autonomía de las personas con discapacidad física por intervención de los líderes de la comunidad como agentes de readaptación "Bubalar"	<p>Test de valoración física del usuario con discapacidad física por amputación</p> <p>Test de valoración física del usuario con discapacidad física por amputación</p>

ANEXO 6 - Costos

ESPECIALIZACION GESTION EN REHABILITACION
Y0 INCLUSO
LUZ FRANCY RUBIANO GONZALEZ

Componente y Actividad	Tipo de Insumo (Humano, financiero,	Costos			
		Cantidad	Valor	Item	Fuente de Recursos
Componente 1 Liderazgo comunitario					
Actividad 1.1 Identificar criterios de selección del líder	1. Recursos Humanos				
	1.1 Profesionales Calificados	1	300000	Fisioterapeuta x 2 horas, elaborar formato	Operador
	1.2 Profesionales No Calificados				
	2. Transporte				
	3. Materiales				
	4. Servicios				
	4.1 Servicios Domiciliarios				
	4.1.1. luz				
	4.1.2. Internet				
	4.2 Otros servicios				
	5. Activos Fijos				
	5.1. Maquinaria y Equipos				
	5.1.1. Computador	1	1800000	Para ejecución del proyecto	Operador
	5.1.2. Impresora	1	200000	Para ejecución del proyecto	Operador
5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos					
6. Otros gastos generales					
Actividad 1.2 Seleccionar líderes	1. Recursos Humanos				
	1.1 Profesionales Calificados				
	1.1.1. Fisioterapeuta	1	150000	hora para seleccionar líderes a convocar	Operador
	1.1.2. Trabajadora social	1	150000	hora para seleccionar líderes a convocar	Operador
	1.2 Profesionales No Calificados				
	2. Transporte				
	3. Materiales				
	4. Servicios				
	4.1 Servicios Domiciliarios				
	4.1.1. Luz				
	4.1.2. Internet				
	4.2 Otros servicios				
	5. Activos Fijos				
	5.1. Maquinaria y Equipos				
5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos					
6. Otros gastos generales					
Actividad 1.3 Realizar inducción sobre el trabajo en red	1. Recursos Humanos				
	1.1 Profesionales Calificados				
	1.1.1. Fisioterapeuta	1	150000	hora para realizar la actividad	Operador
	1.2 Profesionales No Calificados				
	2. Transporte				
	2.1 Pasajes de avión	10	3000000	pasajes de avión ida y vuelta	Operador
	2.2. Taxi	20	200000	carreras de taxi (líderes de la comunidad)	Operador
	3. Materiales				
	3.1 Resma de papel	1	80000	Resma de papel	Operador
	3.2 Revistas	10	10000	revistas	Operador
	3.3 Colbon	10	10000	colbon	Operador
	3.4 Tijeras	10	10000	tijeras	Operador
	4. Servicios				
	4.1 Servicios Domiciliarios				Operador
4.2 Otros servicios					
5. Activos Fijos					
5.1. Maquinaria y Equipos					
5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos					
6. Otros gastos generales					
6.1. Alimentación	10	120000	porciones dos para cada líder	Operador	

ESPECIALIZACION GESTION EN REHABILITACION
Y0 INCLUSO
LUZ FRANCY RUBIANO GONZALEZ

Componente y Actividad	Tipo de Insumo (Humano, financiero,	Costos			Fuente de Recursos	
		Cantidad	Valor	Item		
Componente 1 Liderazgo comunitario						
Actividad 1.4 Definir medio de comunicación entre actores	1. Recursos Humanos					
	1.1 Profesionales Calificados					
	1.1.1.Fisioterapeuta	1	150000	hora para tomar correos electronicos de los 5 lideres	Operador	
	1.2 Profesionales No Calificados					
	2. Transporte					
	3. Materiales					
	4. Servicios					
	4.1 Servicios Domiciliarios					
	4.1.1. Luz	2	20000	horas de uso del servicio para la actividad	Operador	
	4.1.2.Internet	2	40000	horas de uso del servicio para la actividad	Operador	
	4.2 Otros servicios					
	5. Activos Fijos					
	5.1. Maquinaria y Equipos					
	5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos					
	6. Otros gastos generales					
	Actividad 1.5 Seleccionar agente rehabilitador	1. Recursos Humanos				
		1.1 Profesionales Calificados				
1.1.1.Fisioterapeuta		1	150000	fisioterapeuta selección 5 lideres	Operador	
1.2 Profesionales No Calificados						
2. Transporte						
3. Materiales						
4. Servicios						
4.1 Servicios Domiciliarios						
4.1.1.Juz		1	2000	hoa para seleccionar lideres a convocar	Operador	
4.1.2.Internet		1	4000	hoa para seleccionar lideres a convocar	Operador	
4.2 Otros servicios						
5. Activos Fijos						
5.1. Maquinaria y Equipos						
5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos						
6. Otros gastos generales						

ESPECIALIZACION GESTION EN REHABILITACION
Y0 INCLUSO
LUZ FRANCY RUBIANO GONZALEZ

Componente y Actividad	Tipo de Insumo (Humano, financiero,	Costos			
		Cantidad	Valor	Item	Fuente de Recursos
Componente 2 Red social de apoyo					
Actividad 2.1 Construir medio de comunicación para el intercambio de información	1. Recursos Humanos				
	1.1 Profesionales Calificados				
	1.1.1. Fisioterapeuta	1	150000	Establecer red virtual de apoyo	Operador
	1.2 Profesionales No Calificados				
	2. Transporte				
	3. Materiales				
	4. Servicios				
	4.1 Servicios Domiciliarios				
	4.1.1.Luz	2	2000	Establecer red virtual de apoyo	Operador
	4.1.2 Internet	2	4000	Establecer red virtual de apoyo	
	4.2 Otros servicios				
	5. Activos Fijos				
	5.1. Maquinaria y Equipos				
	5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos				
6. Otros gastos generales					
Componente 3 Agente de rehabilitación					
Actividad 3.1 Evaluar criterios de intervención rehabilitación básica a los líderes, antes de la capacitación.	1. Recursos Humanos				
	1.1 Profesionales Calificados				
	1.1.1.Fisioterapeuta	1	150000	fisioterapeuta	Operador
	1.2 Profesionales No Calificados				
	2. Transporte				
	3. Materiales				
	4. Servicios				
	4.1 Servicios Domiciliarios				Operador
	4.1.1.Luz	6	14000	horas de uso del servicio para la actividadxcada lider y el fisioterapeuta	Operador
	4.1.2.Internet	6	24000	horas de uso del servicio para la actividadxcada lider y el fisioterapeuta	Operador
	4.2 Otros servicios				
	4.2.1. Mnutos celular	6	60000	6 paquetes de celular, para cada lider y el fisioterapeuta	Operador
	5. Activos Fijos				
	5.1. Maquinaria y Equipos				
5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos					
6. Otros gastos generales					
Actividad 3.2 Definir tema de rehabilitación a trabajar en rehabilitación básicas de personas con discapacidad	1. Recursos Humanos				
	1.1 Profesionales Calificados				
	1.1.1. fisioterapeuta	1	150000	Una fisioterapeuta, tiempo para seleccionar el tema	Operador
	1.2 Profesionales No Calificados				
	2. Transporte				
	3. Materiales				
	4. Servicios				
	4.1 Servicios Domiciliarios				
	4.1.1. Luz	1	1000	hora para definir tema	Operador
	4.1.2.Internet	1	2000	hora para definir tema	Operador
	4.2 Otros servicios				
	5. Activos Fijos				
	5.1. Maquinaria y Equipos				
	5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos				
6. Otros gastos generales					
Actividad 3.3 Evaluar criterios de intervención rehabilitación básica por parte de los líderes, al final de la capacitación.	1. Recursos Humanos				
	1.1 Profesionales Calificados				
	1.1.1. Fisioterapeuta	1	15000	fisioterapeuta	Operador
	1.2 Profesionales No Calificados				
	2. Transporte				
	3. Materiales				
	4. Servicios				
	4.1 Servicios Domiciliarios				
	4.1.1.Luz	6	6000	hora para realizar evaluación a 5 líderes	Operador
	4.1.2.Internet	6	12000	hora para realizar evaluación a 5 líderes	Operador
	4.2 Otros servicios				
	5. Activos Fijos				
	5.1. Maquinaria y Equipos				
	5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos				
6. Otros gastos generales					

ESPECIALIZACION GESTION EN REHABILITACION
YO INCLUSO
LUZ FRANCY RUBIANO GONZALEZ

Componente y Actividad	Tipo de Insumo (Humano, financiero,	Costos			
		Cantidad	Valor	Item	Fuente de Recursos
Componente 4 Autonomia					
Actividad 4.1 Evaluar condiciones iniciales de estado actual de las personas con discapacidad fisica por perdida de una extremidad	1. Recursos Humanos				
	1.1 Profesionales Calificados				
	1.1.2 fisioterapeuta	2	300000	2 fisioterapeutas por dos horas	Operador
	1.2 Profesionales No Calificados				
	2. Transporte				
	2.1.Pasajes de bus	110	165000	pasaje ida y vuelta de 5 lideres y 50 participantes	Operador
	3. Materiales				
	3.1.Resma de papel	5	45000	una resma para cada lider	Operador
	4. Servicios				
	4.1 Servicios Domiciliarios				
	4.1.1.Servicio de luz	6	6000	1 hora por los 5 municipios y la fisioterapeuta	Operador
	4.1.2. Servicio de internet	6	12000	1 hora por los 5 municipios y la fisioterapeuta	Operador
	4.2 Otros servicios				
	4.2.1. Minutos a celular	6	60000	plan recarga minutos para cada lider y fisioterapeuta	Operador
	5. Activos Fijos				
	5.1. Maquinaria y Equipos				
	5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos				
6. Otros gastos generales					
6.1 Refrigerios	55	75000	para 5 lidres y 50 participantes	Operador	
Actividad 4.2 Intervenir en rehabilitación básica a las personas con discapacidad fisica por perdida de una extremidad	1. Recursos Humanos				
	1.1 Profesionales Calificados				
	1.1.1.fisioterapeuta	2	21600000	fisioterapeutasx	Operador
	1.2 Profesionales No Calificados				
	2. Transporte				
	2.1. Pasajes de bus	7920	1188000	pasaje ida y vuelta de 5 lideres y 50 participantes	Operador
	3. Materiales				
	3.1.Theraband	5	1000000	rollo de theraband para cada municipio	Operador
	3.2. Colchoneta	50	1500000	10 para cada municipio	Operador
	4. Servicios				
	4.1 Servicios Domiciliarios				
	4.1.1. Luz	72	72000	1horax3diasx24semanas	Operador
	4.1.2.Internet	72	144400	1horax3diasx24semanas	Operador
	4.2 Otros servicios				
	minutos celular		60000	5 lideres y fisioterapeuta	Operador
	5. Activos Fijos				
	5.1. Maquinaria y Equipos				
5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos					
6. Otros gastos generales					
6.1. Refrigerios	3960	5940000	55refrigeriosx3diasx24semanas	Operador	
Actividad 4.3 Evaluar condiciones finales al mes de realizar la actividad a las personas con discapacidad fisica por perdida de una extremidad	1. Recursos Humanos				
	1.1 Profesionales Calificados				
	1.1. fisioterapeuta	2	\$ 300,000	fisioterapeutasx 1 hora	Operador
	1.2 Profesionales No Calificados				
	2. Transporte				
	2.1 Pasajes de bus	110	\$ 165,000	pasaje ida y vuelta de 5 lideres y 50 participantes	Operador
	3. Materiales				
	4. Servicios				
	4.1 Servicios Domiciliarios				
	4.1. .1. luz	6	\$ 6,000	1 hora por los 5 municipios y la fisioterapeuta	Operador
	4.1.2.Internet	6	\$ 12,000	1 hora por los 5 municipios y la fisioterapeuta	Operador
4.2 Otros servicios					
5. Activos Fijos					
5.1. Maquinaria y Equipos					
5.2 Mantenimiento Maquinaria y equipos					
6. Otros gastos generales					
6.1 Refrigerios	55	\$ 75,000	para 5 lideres y 50 participantes	Operador	
		TOTAL	\$ 39,861,400		
		IVA 16%	\$ 6,377,824		
		Gastos administrativos 5%	\$ 1,993,070		
		Imprevistos 4 %	\$ 1,594,456		
		TOTAL	\$ 49,826,750		

