LÍNEA DISCAPACIDAD

ESTRATEGIA REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD

LUGAR DE INTERVENCIÓN: HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS DE PENSILVANIA

ENTIDAD: ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS DE PENSILVANIA

POBLACIÓN OBJETO: PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES DEL MUNICIPIO DE PENSILVANIA

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 16

1. INTRODUCCIÓN

La estrategia **Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) – Discapacidad** se implementó en el municipio de Pensilvania, Caldas, como una respuesta integral a las necesidades identificadas en la población con discapacidad y sus cuidadores, con el objetivo de fortalecer su calidad de vida y promover una atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.

Según datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCD) – SISPRO, 2024, en el municipio de Pensilvania se encuentran registradas **2.347 personas** con algún tipo de discapacidad. Las más prevalentes corresponden a limitaciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos o piernas, seguidas por afectaciones del sistema nervioso y de la visión. Otras discapacidades incluyen limitaciones en la audición, la voz y el habla, así como en el sistema cardiorrespiratorio y de defensas, entre otras [1].

Tabla 14, Número de personas y proporción por tipo de discapacidad en el municipio de Pensilvania, Caldas, 2024

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	778	33,15
El sistema nervioso	499	21,26
Los ojos	345	14,70
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	111	4,73
Los oídos	174	7,41
La voz y el habla	250	10,65
La digestión, el metabolismo, las hormonas	46	1,96
El sistema genital y reproductivo	88	3,75
La piel	25	1,07
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	31	1,32
Ninguna		
Total	**2347**	**100,00**

Fuente: RLCD - SISPRO, MSPS

Esta información evidencia la magnitud y diversidad de condiciones presentes en el territorio, así como la necesidad de acciones diferenciadas y coordinadas para garantizar una atención oportuna y de calidad.

---

1. Tomado del ASIS municipal 2024

La iniciativa fue liderada por un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de Psicología, Fisioterapia y Enfermería en el marco del **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)**, quienes realizaron un acompañamiento cercano y continuo mediante la realización de cuatro visitas domiciliarias a ocho personas con discapacidad y sus cuidadores, priorizadas previamente por condiciones de vulnerabilidad y necesidades específicas en salud.

Durante las visitas domiciliarias se desarrollaron acciones enfocadas en la valoración integral de los pacientes, la identificación de necesidades individuales y familiares, el diseño y ejecución de planes de cuidado interdisciplinarios tanto para la persona con discapacidad como para su cuidador, así como el seguimiento al cumplimiento de dichos planes, permitiendo así una intervención personalizada y efectiva.

Como complemento a las acciones individuales, se llevaron a cabo dos sesiones de grupo de apoyo. La primera, dirigida a representantes administrativos del hospital y autoridades locales, tuvo como objetivo socializar la estrategia, sus avances y el impacto generado en las familias intervenidas. La segunda, dirigida a la comunidad en condición de discapacidad del municipio, se enfocó en la educación y orientación frente a los derechos y deberes de los usuarios, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y el proceso de certificación de discapacidad, promoviendo así el empoderamiento comunitario y el acceso efectivo a los servicios de salud.

En este informe se recopilan los resultados principales de esta estrategia, que reflejan el compromiso institucional con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), la inclusión social y la participación comunitaria, contribuyendo a la garantía de los derechos en salud de la población con discapacidad y al fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y comunitario en el municipio.

2. DESCRIPCIÓN DEL DESEMPEÑO FINANCIERO

En este aparte se dispondrá en primer lugar de la relación de valor incorporado discriminando lo que corresponde a costos directos, indirectos según la siguiente tabla

Destinación	Recursos Asignados	Recurso Comprometido	Recurso Ejecutado	Recurso pendiente por ejecutar
Costos Directos	**$ 109,900,000.00**	**$ 119,100,000.00**	**55,950,000.00**	**$ 90,077,953.00**
Enfermería	$ 30,400,000.00	$ 30,400,000.00	11,400,000.00	$ 19,000,000.00
Psicología	$ 30,400,000.00	$ 30,400,000.00	11,400,000.00	$ 19,000,000.00
Fisioterapia	$ 3,300,000.00	$ 3,300,000.00	3,300,000.00	$ 0.00
Odontología	$ 2,800,000.00	$ 2,800,000.00	2,800,000.00	$ 0.00
Coordinación	$ 31,600,000.00	$ 31,600,000.00	11,850,000.00	$ 19,750,000.00
Otro	$ 11,400,000.00	$ 11,400,000.00	6,000,000.00	$ 5,400,000.00
Costos Indirectos	**$ 36,127,953.00**	**$ 9,200,000.00**	**9,200,000.00**	**$ 26,927,953.00**
		PAPELERÍA	**1,800,000.00**	
		RECONOCIMIENTO DE TRANSPORTE	**4,000,000.00**	
		REFRIGERIOS	**$ 2,100,000.00**	
		TONER IMPRESORA	**$ 1,300,000.00**	
TOTALES	**$ 146,027,953.00**	**$ 119,100,000.00**	**$ 52,650,000.00**	**$ 90,077,953.00**

2.2 COSTOS DIRECTOS:

Destinación	Recursos Asignados	Recurso Comprometido	Recurso Ejecutado
Costos Directos	**$ 109,900,000.00**	**$ 109,900,000.00**	**46,750,000.00**
Enfermería	$ 30,400,000.00	$ 30,400,000.00	11,400,000.00
Psicología	$ 30,400,000.00	$ 30,400,000.00	11,400,000.00
Fisioterapia	$ 3,300,000.00	$ 3,300,000.00	3,300,000.00
Odontología	$ 2,800,000.00	$ 2,800,000.00	2,800,000.00
Coordinación	$ 31,600,000.00	$ 31,600,000.00	11,850,000.00
Otros	$ 11,400,000.00	$ 11,400,000.00	6,000,000.00

a. Relación de la contratación del TH y relación de contratos del EBS PIC.

Profesional Contratada	Recursos Asignados	Recurso Ejecutado
Enfermería	$ 30,400,000.00	11,400,000.00
Psicología	$ 30,400,000.00	11,400,000.00
Fisioterapia	$ 3,300,000.00	3,300,000.00
Odontología	$ 2,800,000.00	2,800,000.00
Coordinación	$ 31,600,000.00	11,850,000.00
Auxiliar de enfermería	$ 11,400,000.00	6,000,000.00

Se anexa Link del Secop II

https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.40138444&isFromPublicArea=True&isModal=False

https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.39430499&isFromPublicArea=True&isModal=False

https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.40149534&isFromPublicArea=True&isModal=False

https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.39429879&isFromPublicArea=True&isModal=False

2.3 COSTOS INDIRECTOS (Certificado de ejecución de costos indirectos).

Pensilvania, 05/07/2025

(EL) JEFE DE PRESUPUESTO DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS CON NIT 890801719-3

CERTIFICA:

Que he sido responsable de la ejecución de los costos indirectos relacionados con la implementación de la estrategia de Plan de intervenciones Colectivas, correspondiente al mes de Abril, Mayo, Junio de 2025.

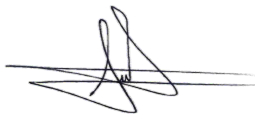
.

Durante este periodo, se han gestionado los recursos asignados de acuerdo con las normativas vigentes y los lineamientos establecidos por la Dirección Territorial de Salud de Caldas

Los costos indirectos han sido ejecutados de la siguiente manera:

Costos Indirectos	Recurso Comprometido	Recurso Ejecutado
PAPELERIA	1,800,000.00	1,800,000.00
RECONOCIMIENTO DE TRANSPORTE	4,000,000.00	4,000,000.00
REFRIGERIOS	$ 2,100,000.00	$ 2,100,000.00
TONER IMPRESORA	$ 1,300,000.00	$ 1,300,000.00
TOTALES	$ 9,200,000.00	$ 9,200,000.00

Para constancia se firma en Pensilvania a los 05 días del mes de Agosto del año 2025.



FABIO NELSOIN MURILLO ARISTIZABAL
Director Administrativo y Financiero

3. DESEMPEÑO TÉCNICO POR ESTRATEGIA

Ejecución de la estrategia	
Actividad 1	**CARACTERIZACIÓN DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR**
Retos, limitaciones y dificultades en la ejecución de la actividad	**Propuesta para solucionar o evitarlos en futuras oportunidades**
• **Deserción de una familia al inicio del proceso**: Una de las familias inicialmente priorizadas decidió no continuar participando, lo que implicó ajustar el cronograma y buscar un nuevo caso para reemplazarla. • **Retraso en la ejecución del cronograma**: La necesidad de realizar una nueva caracterización para incluir otro paciente y cuidador generó una reprogramación de las visitas, afectando la planificación inicial. • **Dependencia de la base de datos externa**: La estrategia dependió de la base de datos proporcionada por el referente municipal de discapacidad, lo que pudo limitar el conocimiento directo sobre el contexto actual de los usuarios.	• **Diseñar un protocolo de contingencia** ante retiros voluntarios de familias, que incluya tener uno o dos casos "en reserva", previamente caracterizados de forma preliminar, para facilitar una sustitución rápida. • **Reforzar el consentimiento informado y el compromiso inicial**, explicando con claridad los beneficios, tiempos y alcances del proceso, para disminuir las deserciones. • **Realizar una verificación telefónica o presencial previa** de la información contenida en la base de datos, que permita asegurar que los datos están actualizados y que los potenciales participantes están dispuestos a participar.
Fortalezas, oportunidades y ventajas en la ejecución de la actividad	**Propuesta para mantener y aprovecharlos en futuras oportunidades**
• **Apoyo institucional**: Contar con el respaldo del referente de discapacidad permitió el acceso a la base de datos, facilitando el proceso de priorización. • **Cobertura en cabecera municipal**: La elección de usuarios en la zona urbana permitió una logística más ágil y menor gasto de tiempo y recursos en	• **Fortalecer el trabajo intersectorial con el referente municipal**, manteniendo canales de comunicación fluidos para futuras intervenciones. • **Conservar la estrategia de focalización urbana para intervenciones piloto o de recursos limitados**,

desplazamientos. ● **Buena acogida de la mayoría de las familias seleccionadas**: Exceptuando el caso mencionado, las demás familias mostraron interés y disposición para recibir las visitas domiciliarias.	aprovechando la facilidad logística. ● **Realizar una jornada de socialización y sensibilización comunitaria previa**, en la que se expliquen los objetivos y beneficios de la estrategia, lo cual puede fortalecer el vínculo y compromiso con las familias.
Actividad 2	**MAPEO Y CARACTERIZACIÓN DE ACTORES**
Retos, limitaciones y dificultades en la ejecución de la actividad	Propuesta para solucionar o evitarlos en futuras oportunidades
● **Escasez de actores locales que trabajen con la población con discapacidad**: En el municipio hay una limitada presencia de instituciones, fundaciones o colectivos comunitarios enfocados en esta población, lo que dificultó la identificación de aliados potenciales. ● **Dificultad para establecer redes de apoyo sólidas**: Al no haber muchos actores activos o con experiencia en discapacidad, se limitan las posibilidades de articulación para brindar una atención integral y continua. ● **Poca visibilización del liderazgo comunitario en temas de discapacidad**: Aunque se logró contactar algunos líderes comunitarios, en general hay una baja participación o representación específica de la población con discapacidad en los espacios de liderazgo.	● **Fortalecer procesos de formación y sensibilización** dirigidos a líderes comunitarios y actores sociales del municipio para motivarlos a vincularse con esta causa y fomentar el liderazgo local en discapacidad. ● **Crear una red local de apoyo**, integrada por los actores identificados, instituciones de salud, referentes educativos, comunitarios y usuarios, que permita articular esfuerzos y generar nuevas iniciativas. ● **Fomentar alianzas intermunicipales o con organizaciones regionales** que puedan brindar apoyo técnico o acompañamiento a nivel local.
Fortalezas, oportunidades y ventajas en la ejecución de la actividad	**Propuesta para mantener y aprovecharlos en futuras oportunidades**

• **Apoyo del equipo multidisciplinario del hospital**: Su experiencia en certificación de discapacidad fue clave para identificar actores relevantes y aportar desde su conocimiento técnico. • **Colaboración de la Alcaldía Municipal**: Facilitó el contacto con algunos líderes comunitarios y mostró disposición para articular esfuerzos. • **Cumplimiento de la actividad:** a pesar de las limitaciones, lo cual evidencia interés institucional y compromiso en el abordaje de la discapacidad.	• **Formalizar espacios de diálogo y coordinación** entre los actores identificados mediante encuentros periódicos o mesas de trabajo. • **Aprovechar la experiencia del hospital y de la Alcaldía** para liderar procesos de incidencia y gestión de recursos que beneficien a la población con discapacidad. • **Establecer una base de datos local de actores aliados**, actualizable periódicamente, que sirva como insumo para futuras estrategias.
Actividad 3	**Visitas domiciliarias**
Retos, limitaciones y dificultades en la ejecución de la actividad	**Propuesta para solucionar o evitarlos en futuras oportunidades**
• **Diversidad de necesidades:** la atención debía adaptarse a distintos tipos de discapacidad (física, sensorial, cognitiva), lo que exigió intervenciones personalizadas y un alto grado de coordinación interdisciplinaria. • **Resistencia inicial de algunas familias:** en ciertos casos hubo desconfianza o baja disposición para permitir la intervención, lo que retrasó el inicio de actividades. • **Barreras de comunicación:** la interacción con personas con discapacidades auditivas, visuales o cognitivas requirió estrategias alternativas de comunicación y apoyos específicos.	• Realizar más capacitaciones del equipo profesional en temas de comunicación inclusiva, manejo de diversidad funcional y estrategias de intervención diferenciadas, con el fin de atender adecuadamente las necesidades específicas de cada persona. Asimismo, se propone ejecutar acciones de sensibilización y socialización previas con las familias y cuidadores, generando confianza y compromiso hacia la participación activa en las visitas y actividades grupales. • Se sugiere establecer alianzas con entidades comunitarias y redes de apoyo para realizar adecuaciones básicas en los hogares o en espacios comunitarios, mejorando la accesibilidad física y

● **Condiciones físicas inadecuadas en los hogares:** espacios reducidos, falta de accesibilidad y limitaciones en infraestructura dificultaron la aplicación de algunas actividades educativas y terapéuticas.	favoreciendo la ejecución de actividades educativas y terapéuticas.
Fortalezas, oportunidades y ventajas en la ejecución de la actividad	**Propuesta para mantener y aprovecharlos en futuras oportunidades**
● Se destaca la articulación interdisciplinaria entre las áreas de psicología y enfermería, lo que permitió un abordaje integral de las necesidades físicas y emocionales de los beneficiarios. ● La disposición y compromiso del equipo profesional garantiza una atención humanizada, cercana y efectiva. ● La participación activa de las familias y cuidadores, quienes mostraron apertura al aprendizaje y colaboración en las actividades. ● La actividad abrió espacio para el fortalecimiento de redes de apoyo comunitarias y el acercamiento con otras instituciones que pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de esta población. ● La ejecución de la actividad presentó ventajas importantes como la identificación temprana de necesidades prioritarias, la promoción del autocuidado físico y emocional y el incremento en el uso de servicios de salud y apoyo psicológico, lo que contribuye directamente al bienestar integral y a la inclusión social de las personas en condición de discapacidad y sus familias.	● Consolidar las fortalezas institucionales detectadas, manteniendo el trabajo articulado entre psicología, enfermería y demás áreas que puedan aportar un enfoque integral. Para ello, se recomienda establecer **protocolos** de coordinación y comunicación efectiva entre los equipos, con el objetivo de garantizar una atención interdisciplinaria constante. ● Fortalecer las alianzas estratégicas con entidades comunitarias, redes sociales y organizaciones de apoyo, ampliando el alcance de las intervenciones y generando nuevas opciones de colaboración en actividades de inclusión, educación y acompañamiento psicosocial. ● Implementación de mecanismos de seguimiento y evaluación continua, con el fin de mantener los logros alcanzados en la identificación temprana de necesidades y en el fomento del autocuidado. Además, se recomienda incluir actividades periódicas de capacitación y sensibilización a familias y cuidadores, promoviendo su participación activa y asegurando la sostenibilidad de los cambios positivos alcanzados.

Actividad 4	**Sesiones de grupo de apoyo**
Retos, limitaciones y dificultades en la ejecución de la actividad	**Propuesta para solucionar o evitarlos en futuras oportunidades**
● La disponibilidad de tiempo de los participantes y sus cuidadores, quienes en algunos casos no podían asistir a todas las sesiones programadas debido a responsabilidades laborales, de cuidado u otras actividades prioritarias. ● Se presentaron dificultades logísticas, como la falta de transporte accesible para algunas personas y limitaciones de espacio físico en los lugares de encuentro, lo que dificultó el desarrollo de dinámicas grupales. ● Uno de los principales retos fue la diversidad de tipos de discapacidad y niveles de comprensión, lo que requirió adaptar el lenguaje, los materiales y la metodología de trabajo para garantizar la participación activa y la comprensión de la información por parte de todos los asistentes.	● Se recomienda realizar una planificación anticipada de la logística, incluyendo la selección de espacios accesibles, cómodos y con los recursos necesarios para el desarrollo de actividades dinámicas y participativas ● Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación continua, que permitan identificar en tiempo real las dificultades presentadas y generar soluciones inmediatas, optimizando así la calidad y la efectividad de cada sesión. Estas medidas permitirán fortalecer la participación, mejorar la accesibilidad y garantizar el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje, integración y apoyo social.
Fortalezas, oportunidades y ventajas en la ejecución de la actividad.	**Propuesta para mantener y aprovecharlos en futuras oportunidades**
● Se destaca la coordinación interdisciplinaria entre psicología, enfermería y fisioterapeuta, lo que permitió brindar una atención integral enfocada tanto en la salud emocional como en el autocuidado físico. Otra fortaleza relevante fue la alta disposición y participación activa de los asistentes, quienes mostraron interés en los temas tratados y compromiso con la aplicación de los conocimientos adquiridos.	● Mantener la coordinación interdisciplinaria entre psicología y enfermería, estableciendo protocolos de trabajo conjunto que permitan una atención integral y sostenible. ● Asimismo, se recomienda realizar capacitaciones periódicas al equipo profesional en estrategias inclusivas y metodologías participativas, con el fin de asegurar una alta calidad en los contenidos y la forma de trabajo.

● En cuanto a las oportunidades, estas sesiones posibilitaron el fortalecimiento de redes de apoyo familiares y comunitarias, generando espacios de interacción que favorecen la inclusión social. Además, se identificó la posibilidad de replicar y ampliar estos grupos de apoyo en otros sectores, aprovechando el impacto positivo y el aprendizaje obtenido durante su ejecución. ● Identificación de necesidades prioritarias de los participantes, lo que facilitó orientarlos hacia servicios complementarios de apoyo, así como la mejora en el acceso a la información sobre salud física y emocional. Todo esto contribuyó al fortalecimiento de la autonomía de las personas con discapacidad y al incremento de su participación en procesos de inclusión social.	● Es importante aprovechar la experiencia adquirida para replicar y ampliar la cobertura de estos grupos de apoyo, adaptando su metodología a otras comunidades y diversificando los temas de trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas. ● Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación periódica, que permitan medir la efectividad de las actividades y realizar ajustes oportunos, asegurando así que las fortalezas, oportunidades y ventajas identificadas se conviertan en una base sólida para intervenciones futuras.

Informe general de la estrategia PIC

La estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) se desarrolló con el objetivo de brindar un acompañamiento integral a la población en condición de discapacidad, mediante la realización de visitas domiciliarias y la ejecución de dos grupos de apoyo. Esta estrategia partió del reconocimiento de la discapacidad no solo como una condición física, sensorial o cognitiva, sino también como una situación social que requiere la articulación de diferentes sectores para garantizar el bienestar y la inclusión de las personas.

Metodología

El diseño de la estrategia permitió un abordaje integral, combinando la atención personalizada en el hogar, donde se identificaron necesidades específicas, con espacios grupales que fomentan la participación social, el aprendizaje de hábitos de autocuidado y el fortalecimiento de redes de apoyo. A través de las visitas se ofreció orientación desde psicología, enfermería y fisioterapeuta, abordando tanto aspectos emocionales como físicos; mientras que en los grupos de apoyo se generaron

dinámicas de intercambio de experiencias y adquisición de herramientas útiles para la vida diaria.

Momentos de la intervención:

- ➔ Identificación de la población en condición de discapacidad con su cuidador: se realiza un acercamiento con el referente de Discapacidad del municipio de Pensilvania, solicitando la base de datos de la población caracterizada en condición de discapacidad para seleccionar a los pacientes y familias a intervenir.
- ➔ Mapeo y caracterización de actores: a partir del acercamiento con el referente de Discapacidad comenzamos un proceso de mapeo y búsqueda de actores, adicionalmente, también nos reunimos con el comité multidisciplinario encargado de la certificación de discapacidad con el fin de conocer actores del municipio, la alcaldía y el hospital involucrados con esta población.
- ➔ Cuatro vistas por el área de enfermería, psicología y fisioterapia

  Primera visita domiciliaria: en esta Intervención familiar se aplicaron las escalas de valoración por medio del equipo multidisciplinario, estableciendo un diagnóstico integral para la persona con discapacidad, su cuidador/a y núcleo familiar, identificando el acceso a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud - RIAS y a otros programas. Además de identificar necesidades y riesgos del núcleo familiar.

  Segunda visita domiciliaria: en esta intervención se diseñó, socializó y concertó el plan de recomendaciones personalizado y concertado, dirigida a la persona con discapacidad , su cuidador/a y núcleo familiar, de acuerdo a las necesidades identificadas y al diagnóstico realizado en las escalas de valoración.

  Tercera visita domiciliaria: en esta intervención se entrega el plan de cuidados previamente acordado, se hace seguimiento a los hábitos pactados y se realiza una intervención educativa desde el área de enfermería, psicología y fisioterapia.

  Cuarta visita domiciliaria: en esta intervención se realiza seguimiento al plan de cuidado concertado y se realiza educación teórica-práctica en diversos temas desde los perfiles de enfermería, psicología y fisioterapia. Adicionalmente se realiza el cierre del proceso con las familias.

- ➔ Dos sesiones de grupo.

  Primera sesión de grupo: Reunión con miembros del Comité Municipal de Discapacidad/APS/otras instituciones, sectores y/o actores donde se socializa la estrategia de RBC ejecutada, hallazgos, riesgos y dificultades encontradas en

las familias intervenidas con el fin de plantear un plan de acción en donde se gestionan dichos hallazgos desde la competencia de cada sector.

Segunda sesión de grupo: Ejecución feria de la salud /actividad comunitaria: Incluir intervenciones rápidas, socialización de rutas de promoción y mantenimiento de la salud, asignación de citas con enfoque diferencial para personas con discapacidad, tamizaciones, información en salud, deberes y derechos, ruta de certificación de personas con discapacidad y rutas de acceso a servicios de salud.

Piezas publicitarias para las sesiones de grupo de apoyo:





1a sesión de grupo de apoyo- 17/06/25 *2a sesión de grupo de apoyo- 31/07/2025*

Resultados de la estrategia

La ejecución de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) permitió alcanzar resultados significativos en el acompañamiento integral de la población en condición de discapacidad. Se realizaron cuatro visitas domiciliarias en las que se identificaron necesidades físicas, emocionales y sociales, y se aplicaron planes de intervención personalizados desde las áreas de psicología y enfermería. Estas visitas generaron un acercamiento directo con las familias, fortaleciendo la confianza y la disposición hacia la atención profesional.

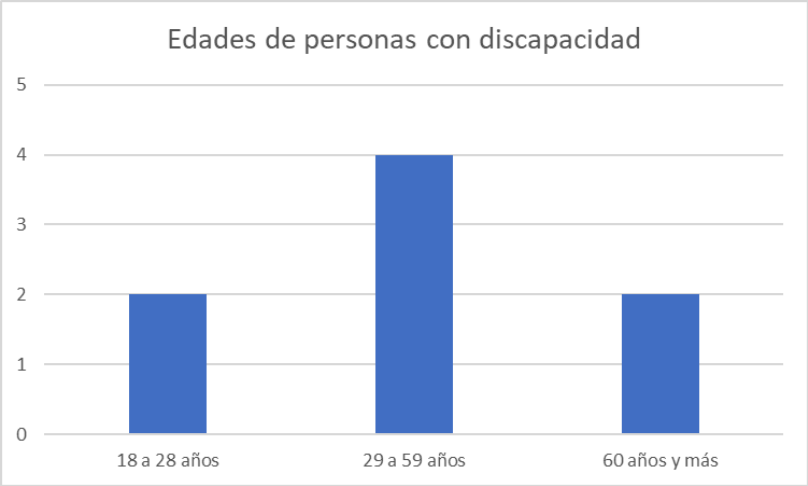
Asimismo, se llevaron a cabo dos grupos de apoyo, los cuales se convirtieron en espacios de participación activa, intercambio de experiencias y fortalecimiento de redes de apoyo familiares y comunitarias. Los asistentes reportaron una mayor comprensión

de los hábitos de autocuidado y el manejo de la salud emocional, así como un incremento en la motivación para acceder a servicios de salud y programas de apoyo.

Como resultado general, se logró un fortalecimiento de la inclusión social de la población con discapacidad, el mejoramiento de sus conocimientos en autocuidado y la sensibilización de familias y cuidadores, favoreciendo su participación activa y su compromiso con el proceso de rehabilitación integral.

De acuerdo a los resultados, presentamos el **análisis demográfico** de la población caracterizada de acuerdo a diversas variables analizadas:

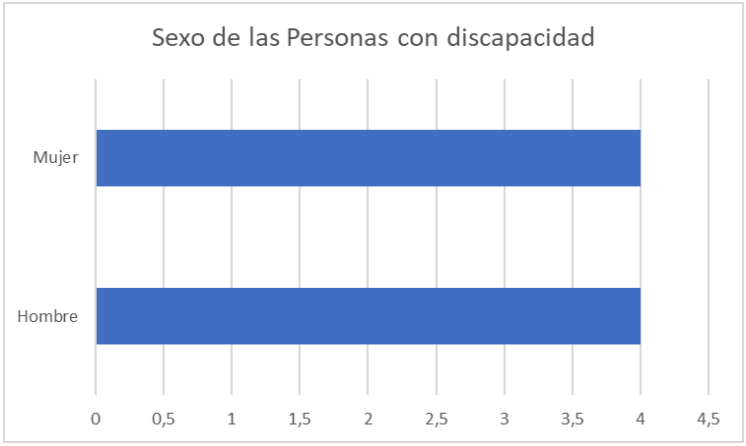
- **Edad de los pacientes:**



Edad de las personas con discapacidad	18 a 28 años	2
	29 a 59 años	4
	60 años y más	2

La población beneficiaria presentó una distribución etaria diversa. Se identificó que **el 25% (n=2)** de las personas se encontraba entre los **18 y 28 años**, mientras que **el 50% (n=4)** pertenecía al grupo de **29 a 59 años**, y **el 25% (n=2)** tenía **60 años o más**. Esta heterogeneidad etaria permitió abordar la estrategia RBC desde un enfoque integral, reconociendo las necesidades diferenciadas de personas jóvenes, adultas y mayores, y ajustando las actividades para favorecer la participación y el aprovechamiento de los contenidos según la etapa del ciclo vital.

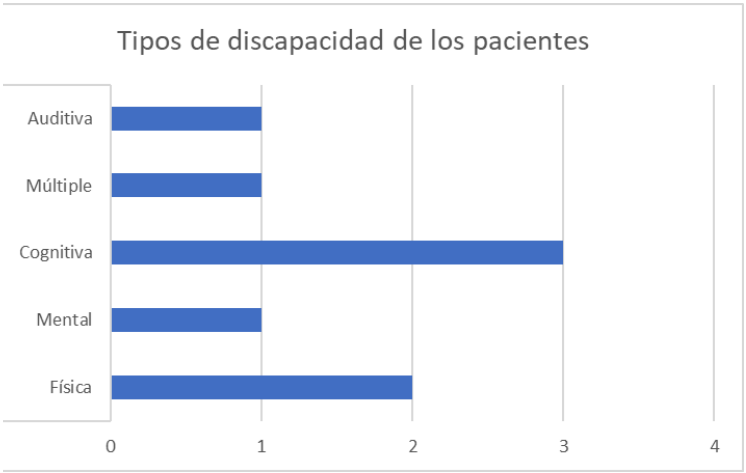
- **Sexo de los pacientes:**



Sexo de las personas con discapacidad	Mujer	4
	Hombre	4

La distribución por sexo de las personas con discapacidad participantes en la estrategia RBC evidenció una proporción equitativa, con un **50% (n=4)** de hombres y un **50% (n=4)** de mujeres. Este equilibrio permitió garantizar que las acciones e intervenciones se desarrollaran de manera inclusiva, sin predominio de un sexo sobre el otro, favoreciendo así la participación equitativa y la representatividad de ambos grupos en las actividades.

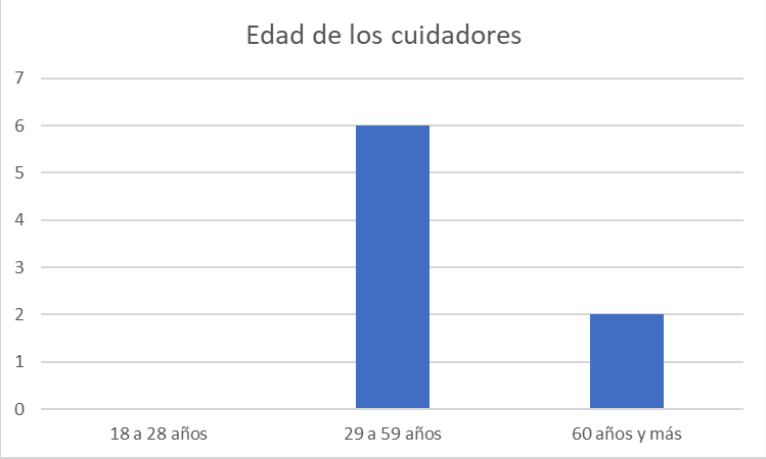
- **Tipos de discapacidad:**



Tipos de discapacidad de los pacientes	Física	2
	Mental	1
	Cognitiva	3
	Múltiple	1
	Auditiva	1

La caracterización de la población beneficiaria según el tipo de discapacidad evidenció que el **25% (n=2)** presentaba discapacidad física, el **12,5% (n=1)** discapacidad mental, el **37,5% (n=3)** discapacidad cognitiva, el **12,5% (n=1)** discapacidad múltiple (visual e intelectual) y el **12,5% (n=1)** discapacidad auditiva. Esta diversidad de condiciones requirió adaptar las estrategias de intervención de la RBC, implementando enfoques diferenciados para responder a las particularidades de cada tipo de discapacidad, con el fin de potenciar la participación, la autonomía y la inclusión social de los beneficiarios.

- **Edad de los cuidadores:**

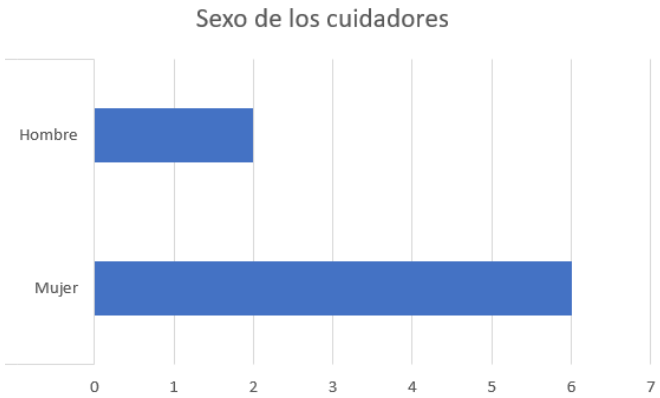


Edad de los cuidadores	18 a 28 años	0
	29 a 59 años	6
	60 años y más	2

En relación con la edad de las personas cuidadoras, no se registraron participantes en el rango de **18 a 28 años**. La mayoría, correspondiente al **75% (n=6)**, se ubicó entre los **29 y 59 años**, mientras que el **25% (n=2)** eran mayores de **60 años**. Esta distribución

refleja que el rol de cuidado recae principalmente en personas adultas en etapa productiva, lo que puede implicar una carga adicional al compaginar las responsabilidades laborales, familiares y de cuidado. Asimismo, la presencia de cuidadores mayores de 60 años evidencia posibles desafíos físicos y de salud para el cumplimiento de esta labor.

- **Sexo de los cuidadores:**



Sexo de los cuidadores	Mujer	6
	Hombre	2

La distribución por sexo de las personas cuidadoras evidenció un marcado predominio femenino, con un **75% (n=6)** de mujeres y un **25% (n=2)** de hombres. Este patrón coincide con la tendencia observada a nivel nacional e internacional, donde las labores de cuidado recaen mayoritariamente en las mujeres, lo que refuerza la necesidad de promover estrategias que reconozcan, valoren y apoyen su papel, así como de fomentar la corresponsabilidad en el cuidado entre hombres y mujeres.

Conclusión del análisis sociodemográfico: El perfil sociodemográfico evidenció una población heterogénea en edad y tipo de discapacidad, con equilibrio de género en los beneficiarios y predominio femenino en los cuidadores. Esta diversidad plantea la necesidad de mantener un enfoque flexible e inclusivo dentro de la estrategia RBC, asegurando que las acciones consideren las diferencias individuales y contextuales, así como el fortalecimiento del rol de los cuidadores, especialmente mujeres, para garantizar un acompañamiento sostenible y de calidad.

Las intervenciones familiares realizadas a los ocho pacientes en condición de discapacidad y a sus cuidadores, desde las áreas de Psicología, Enfermería y Fisioterapia, evidencian la relevancia del trabajo articulado en el marco de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). El desarrollo de esta estrategia no solo

promovió la atención integral, sino que permitió reconocer la importancia de fortalecer el bienestar físico, emocional y social tanto del paciente como del cuidador.

Desde Psicología, las intervenciones se centraron en la escucha activa, el fortalecimiento de vínculos afectivos y la orientación en habilidades de afrontamiento ante el estrés y la sobrecarga del cuidado. Esto permitió que los cuidadores desarrollaran estrategias más saludables para manejar sus emociones, favoreciendo así una interacción más empática y estable con la persona en situación de discapacidad.

El área de Enfermería abordó la educación en autocuidado, prevención de complicaciones y promoción de hábitos saludables, logrando que los cuidadores adquirieran mayor confianza en la atención diaria y adoptaran prácticas más seguras y eficientes. Este cambio no solo mejoró el estado de salud de los pacientes, sino que también redujo el riesgo de eventos adversos en el hogar.

En Fisioterapia, se implementaron planes individualizados de ejercicios y adaptaciones funcionales, orientando a los cuidadores en la movilización adecuada, el uso de ayudas técnicas y la estimulación física progresiva. Gracias a ello, se evidenció una mejora en la movilidad y en la participación activa de los pacientes en sus actividades cotidianas, incrementando su autonomía y calidad de vida.

En conjunto, el desarrollo de la estrategia permitió cambios tangibles: mayor conciencia sobre la importancia del cuidado integral, optimización de rutinas de atención, fortalecimiento emocional de los cuidadores, prevención de complicaciones y avances funcionales en los pacientes. Es así como, la estrategia RBC demostró que, cuando las acciones se desarrollan de manera interdisciplinaria y centradas en la realidad del hogar, se logra transformar no solo la condición física de las personas, sino también la dinámica familiar y comunitaria que las rodea.

Impacto y logros.

La implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) generó un impacto positivo en la población en condición de discapacidad y sus familias, al promover un modelo de atención integral que prioriza la inclusión, el empoderamiento y la participación social. Uno de los principales impactos fue el fortalecimiento de las capacidades individuales y familiares, evidenciado en la adopción de hábitos de autocuidado físico y emocional, así como en la reducción de barreras para acceder a servicios de salud y apoyo psicosocial.

En términos de logros, la estrategia permitió:

- **Establecer un vínculo de confianza** entre el equipo profesional y la comunidad, generando mayor apertura hacia los procesos de acompañamiento.

- **Identificar necesidades prioritarias** y brindar respuestas oportunas mediante planes de intervención personalizados desde psicología y enfermería.
- **Desarrollar dos grupos de apoyo efectivos**, que facilitaron el intercambio de experiencias, la creación de redes de apoyo comunitarias y el fortalecimiento del sentido de pertenencia.
- **Aumentar la motivación para la participación social**, logrando que personas con discapacidad y sus familias se involucraran activamente en procesos de inclusión y bienestar.

Este impacto trasciende la atención inmediata, pues sienta bases para la sostenibilidad de acciones de inclusión social, empoderamiento familiar y mejor calidad de vida en la población con discapacidad.

Resultados de proceso			
Población beneficiada			
No. de personas de 6 a 11 años - infancia	0	No. de personas de 18 a 28 años – Juventud	2
No. de personas de 29 a 59 años - adultez	10	No. de personas mayores de 60 años - vejez	4
No. de mujeres en edad fértil	0	No. de personas indígenas	0
No. de personas en, de y en riesgo de calle	0	No. de personas víctimas	0
No. de personas que viven en rural disperso	0	No. de personas con discapacidad	8
No. de personas afiliados al régimen contributivo	6	No. de personas afiliados al régimen subsidiado	10
No. De mujeres gestantes	0	No. Trabajadoras sexuales	0

No. Personas LGTBIQ+	0	No. Personas migrantes	0
No. Trabajadores informales	0		

4. INDICADORES

A.Indicadores del proceso y cobertura: Durante la ejecución de la estrategia dirigida a la población en condición de discapacidad, se implementaron indicadores de proceso que permitieron medir el cumplimiento de las actividades planificadas y la cobertura de la atención brindada. En total, se realizaron cuatro visitas domiciliarias a 8 pacientes, logrando el acercamiento directo con su cuidador y la identificación de necesidades prioritarias. En cada visita se elaboró y aplicó un plan de intervención integral, diseñado desde las áreas de psicología y enfermería, con el fin de abordar aspectos emocionales, sociales y de salud física.

- **Personas caracterizadas:** en el indicador número 1 del anexo 3- F025-P03-AT contamos con un cumplimiento del 100% ya que se lograron caracterizar e intervenir 8 personas con sus cuidadores según lo solicitado en la estrategia.

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
Proceso Asistencia Técnica

LINEA	ESTRATEGIA	NOMBRE INDICADOR	RESULTADO	NUMERADOR	DENOMINADOR	META	UNIDAD DE MEDIDA	RESULTADO MES	RESULTADO MES
DISCAPACIDAD	RBC DISCAPACIDAD	Personas con discapacidad Caracterizadas	COBERTURA	No de personas con discapacidad caracterizada	NA	8	Numero		8
DISCAPACIDAD	RBC DISCAPACIDAD	Porcentaje de Familias que logran realizar dos hábitos de salud concertados en el plan de cuidado	RESULTADO	Número de Familia que logran relizar dos hábitos de salud concertados en el plan de cuidado	Total de Familias impactadas	50%	Porcentaje		8

Se desarrollaron dos grupos de apoyo, orientados a brindar información y educación sobre la estrategia, promoviendo la participación activa de la comunidad con actores institucionales, favoreciendo el acceso a herramientas para el autocuidado y la inclusión social. La asistencia de la población objetivo a estas actividades y la articulación entre profesionales constituyen indicadores claves que evidencian el compromiso con el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas. Estos resultados permiten concluir que el proceso fue ejecutado conforme a lo planificado, garantizando la cobertura esperada y la calidad de las intervenciones realizadas.

B.Indicadores de resultado: La implementación de la estrategia permitió evaluar resultados concretos relacionados con el impacto inmediato en la población en condición de discapacidad. Uno de los principales indicadores fue el nivel de satisfacción de las

personas atendidas y sus familias, el cual se midió mediante la participación posterior a las visitas y a los grupos de apoyo, evidenciando una percepción positiva frente a la atención recibida y la pertinencia de la información brindada. De igual manera, se evaluó el grado de comprensión de los contenidos de autocuidado físico y emocional, identificando mejoras en la apropiación de conceptos relacionados con salud, hábitos de cuidado personal y manejo de emociones.

Es importante resaltar la participación activa de la población en las actividades programadas, evidenciada en la asistencia a los grupos de apoyo y en la interacción durante las sesiones, lo que muestra una disposición favorable hacia el aprendizaje y la inclusión social. Además, se observó un avance en la identificación temprana de necesidades prioritarias en salud física y emocional, lo que facilitó la remisión oportuna a otros servicios de apoyo y seguimiento. Estos resultados muestran que la estrategia logró fortalecer conocimientos, motivar la participación y abrir espacios de atención integral para la población beneficiaria.

- **Porcentaje de familias que logran realizar 2 hábitos de salud concertados en el plan de cuidado:** en el segundo indicador del anexo 3- F025-P03-AT, se considera que se cumple con el 100%, ya que, si bien en un inicio una de las familias se mostró reacia a implementar los hábitos de salud, en la última visita pudimos evidenciar que TODAS las familias estaban realizando los hábitos de salud concertados.

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
Proceso Asistencia Técnica

LINEA	ESTRATEGIA	NOMBRE INDICADOR	RESULTADO	NUMERADOR	DENOMINADOR	META	UNIDAD DE MEDIDA	RESULTADO MES	RESULTADO MES
DISCAPACIDAD	RBC DISCAPACIDAD	Personas con discapacidad Caracterizadas	COBERTURA	No de personas con discapacidad caracterizada	NA	8	Numero		8
DISCAPACIDAD	RBC DISCAPACIDAD	Porcentaje de Familias que logran realizar dos hábitos de salud concertados en el plan de cuidado	RESULTADO	Número de Familia que logran relizar dos hábitos de salud concertados en el plan de cuidado	Total de Familias impactadas	50%	Porcentaje		8

C.Indicadores de impacto:La estrategia implementada con la población en condición de discapacidad generó efectos significativos a mediano plazo, evidenciados a través de indicadores de impacto que reflejan cambios positivos en su calidad de vida y su integración social. Uno de los resultados más relevantes fue el incremento en el uso de servicios de salud física y apoyo psicológico, lo cual indica una mayor conciencia sobre la importancia del autocuidado y la búsqueda de atención oportuna. Así mismo, se observó el fortalecimiento de las redes de apoyo familiares y comunitarias, favoreciendo una dinámica de acompañamiento continuo y de inclusión en actividades sociales y educativas.

La reducción de las barreras de acceso a la información y los recursos de apoyo, gracias a los grupos informativos y a la orientación personalizada durante las visitas domiciliarias. Este logro permitió que las personas beneficiarias y sus familias adquirieron herramientas para gestionar de manera autónoma aspectos relacionados con la salud física, emocional y social. En conjunto, estos resultados demuestran que la estrategia no solo cumplió con sus objetivos inmediatos, sino que también sentó bases sólidas para el bienestar integral y la participación activa de la población en condición de discapacidad dentro de su entorno.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

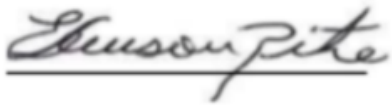
La estrategia implementada, basada en visitas domiciliarias, planes de intervención desde las áreas de psicología y enfermería, así como grupos de apoyo informativos, tuvo una percepción altamente positiva por parte de la población beneficiaria. Las personas participantes expresaron sentirse escuchadas, valoradas y acompañadas en sus necesidades físicas y emocionales, destacando el trato humanizado y la claridad en la información recibida. La asistencia a las actividades grupales evidenció motivación y disposición de aprender, lo que contribuyó a mejorar sus conocimientos sobre autocuidado, hábitos saludables y acceso a servicios de apoyo. Asimismo, se fortalecieron vínculos familiares y comunitarios, lo que favorece la inclusión social y una mayor autonomía en el manejo de su salud.

La percepción general de la población frente a la estrategia fue favorable, destacando la importancia de sentirse escuchados, atendidos con calidad humana y orientados en la gestión de sus necesidades. Además, se evidenció un fortalecimiento de redes de apoyo familiares y comunitarias, así como un incremento en el uso de servicios de salud y de acompañamiento psicológico. En conjunto, la estrategia cumplió con sus objetivos, generando cambios significativos que contribuyen al bienestar, la autonomía y la inclusión social de la población en condición de discapacidad.

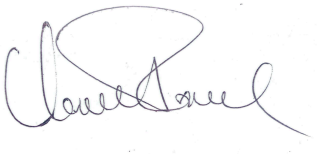
6. REGISTRO FOTOGRÁFICO:



Pensilvania, Caldas- Sesión de grupo de apoyo 31 de julio de 2025



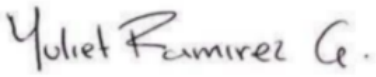
Edison Rafael Pitre Montero
Gerente



_____
Yesica Fernanda Ramírez Cardona
Coordinadora del PIC



_____
Anngie Liliana Garzón Salazar
Enfermera jefe ejecutora de la estrategia



_____
Yuliet Ramírez Gallego
Psicóloga ejecutora de la estrategia



_____
Jennyfer García Montoya
Fisioterapeuta ejecutora de la estrategia