

UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PREGRADO EN ENFERMERÍA

NORMATIVIDAD EN SALUD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL: UNA MIRADA
DESDE LA PERSONA CON TRAUMA RAQUIMEDULAR

JUAN DAVID RAMÍREZ HOYOS
YAMITH STIVEN VINASCO MESA

CALI-VALLE
2016.

NORMATIVIDAD EN SALUD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL: UNA MIRADA
DESDE LA PERSONA CON TRAUMA RAQUIMEDULAR

JUAN DAVID RAMÍREZ HOYOS
YAMITH STIVEN VINASCO MESA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR AL TÍTULO DE PREGRADO EN ENFERMERÍA

ASESORA
MARGOT CONSUELO BURBANO LÓPEZ
ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUIDADO CRÍTICO DEL ADULTO.
MAGISTER EN ENFERMERÍA.
DOCENTE UNIVERSIDAD DEL VALLE

UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PREGRADO EN ENFERMERÍA
CALI, COLOMBIA
JULIO 2016.

TABLA DE CONTENIDO

Página

	Introducción	
1	Planteamiento del Problema	13
2	Justificación	15
3	Objetivos	18
3.1	Objetivos generales	18
3.2	Objetivos específicos	18
4.	Marco teórico	19
5.	Marco conceptual	23
5.1	Trauma Raquimedular	23
5.2	Complicaciones del Trauma Raquimedular	24
5.3	Rehabilitación Integral	28
5.4	Normatividad de Salud para la Rehabilitación de las Personas en Situación de Discapacidad	32
5.4.1	Ley 1618 del 27 de Febrero del 2013	32
5.4.2	Resolución 5521 de 2013	34
6	Metodología	39
6.1	Diseño	39
6.2	Muestra	39

6.3	Criterios del estudio	41
6.4	Variables del Estudio	41
6.5	Operacionalización de variables	42
6.6	Confiabilidad y Validez de los Instrumentos	49
6.7	Recolección de la Información	49
6.8	Análisis de la Información	50
7	Aspectos éticos	50
8	Resultados	52
8.1	Caracterización sociodemográfica	52
8.2	Mecanismos para acceder a los servicios de rehabilitación integral que cumplen las personas con TRM.	54
8.2.1	Atención por equipos interdisciplinarios	54
8.2.2	Acceso a los tratamientos farmacológicos	55
8.2.3	Acceso a los recursos técnicos	55
8.2.3.1	Acceso a los Insumos para el cuidado de la vejiga neurogénica	55
8.2.3.2	Acceso a aparatos ortopédicos o sillas de ruedas para la movilidad	55
8.3	Tiempos reales requeridos para acceder a los diferentes servicios en salud	56
8.3.1	Terapia Física	56
8.3.2	Terapia Psicológica	56
8.3.3	Terapia Ocupacional	57

8.3.4	Tiempo de respuesta de la acción de tutela	57
8.4	Conocimiento sobre las prácticas de cuidado que presentan las personas con TRM.	58
8.5	Complicaciones en la salud y factores asociados desde la percepción de las personas con TRM	58
9.	Discusión	61
10.	Conclusiones	66
11.	Recomendaciones	67
12.	Limitaciones	67
13	Referencias Bibliográficas	68
14	Cronograma de Actividades	72
15	Presupuesto General	73
16	Anexos	76

LISTA DE ANEXOS

Anexo N° 1. Cuestionario.....	76
Anexo N° 2. Acta de consentimiento informado.....	85
Anexo N° 3. Preguntas comité de ética.....	88
Anexo N° 4. Hoja Vida Director Proyecto.....	91
Anexo N° 5. Hoja Vida de los Investigadores.....	92
Anexo N° 6. Aprobación Comité de Ética.....	94

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: “NORMATIVIDAD EN SALUD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL: UNA MIRADA DESDE LA PERSONA CON TRAUMA RAQUIMEDULAR”	
Investigador Principal: Juan David Ramírez Hoyos cc 1059908015, Yamith Stiven Vinasco Mesa cc. 1151943079	
Correo electrónico: juand7375@gmail.com, stivenvinasco@hotmail.com Teléfono: 3162587573, 3218420801	
Dirección de correspondencia: carrera 11b # 64-136 B/ La Nueva base, Cali-Colombia	
Nombre del Grupo de Investigación:	Total de Investigadores:
Línea de Investigación:	
Entidad: Universidad del Valle.	
Teléfono: +57 2 3212100.	
Ciudad: Cali	Departamento: Valle del Cauca.
Lugar de Ejecución del Proyecto:	
Ciudad: Cali.	Departamento: Valle del Cauca.
Duración del Proyecto (en meses): 18	

Tipo de Proyecto		
Investigación Básica: X	Investigación Aplicada:	Desarrollo Tecnológico o Experimental:
Financiación: Valor:		
Descriptor / Palabras claves: Trauma Raquimedular, Servicios de Salud para Personas con Discapacidad, Rehabilitación, Accesibilidad a los Servicios de Salud		

RESUMEN

El cuidado de las personas con Trauma Raquimedular (TRM) requiere de intervenciones de equipos interdisciplinarios en salud y de acciones políticas intersectoriales integradas a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), con el fin de promover la rehabilitación integral que permita lograr el objetivo final que es garantizar la calidad de vida de las personas que a su vez involucra a la familia y a la comunidad a la cual pertenecen. El objetivo fue determinar la influencia de la normatividad en salud en la rehabilitación integral de la persona con Trauma Raquimedular. Este estudio descriptivo transversal se realizó con 53 personas. Las variable independiente fue la normatividad en salud y la dependiente la rehabilitación integral. Se aplicó análisis univariado. La acción de tutela integral es un mecanismo mediante el cual las personas con Trauma Raquimedular pueden acceder a la rehabilitación integral, especialmente para la consulta por psicología, terapia ocupacional, medicamentos para el dolor, la espasticidad y para el acceso a equipos que le permiten la movilidad.

Palabras clave: (DeCs): Trauma Raquimedular, Servicios de Salud para Personas con Discapacidad, Rehabilitación, Accesibilidad a los Servicios de Salud.

Key Words: Spinal cord injury, Health Services for Persons with Disabilities, Rehabilitation, Health Services Accessibility.

INTRODUCCIÓN

El TRM es una situación a la que se enfrentan en la actualidad un número considerable de personas jóvenes y en etapa productiva, razón por la cual es considerada un problema de salud pública, tanto por el impacto en la calidad de vida de las personas como en la economía de los países por la pérdida en años productivos de las personas y en los costos de la rehabilitación que debe ser asumido por el sistema de salud.

El TRM trae consigo alteraciones físicas desde el punto de vista de la movilidad, sensibilidad, sexualidad, funcionamiento del intestino y vejiga, como también alteraciones psicológicas que la persona experimenta posterior a la lesión: ansiedad, depresión, intento de suicidio, desde el punto de vista ocupacional muchas de estas personas deben cambiar su estilo de vida para el reintegro y desarrollo de actividades familiares, escolares o laborales. Todas estas alteraciones requieren de cuidados específicos que la persona con TRM y su familia deben aprender durante las diferentes etapas de la rehabilitación integral, estos cuidados que son proporcionados por equipos interdisciplinarios en salud como son médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas y enfermeras. Adicional a la intervención que realizan estos profesionales, se requiere de insumos para el cuidado de la salud como equipos ortopédicos y silla de ruedas que facilitan la movilidad del paciente, insumos para el cuidado de la vejiga e intestino neurogénico, tratamientos farmacológicos para el control del dolor, espasticidad, cuidado de la piel, la alimentación.

Para que se pueda cumplir la rehabilitación integral a partir del cuidado interdisciplinario, el acceso a los tratamientos farmacológicos y de equipos, se requiere que la normatividad de la prestación de servicios de salud, en especial para las personas en situación de discapacidad como lo constituyen las personas con TRM, permita la consecución eficaz pero ante todo oportuna de todos los anteriores aspectos y en este sentido garantizar la calidad de vida de estas personas e incluso disminuir costos del mismo sistema de salud por

las complicaciones que puedan presentar las personas con TRM debidas a las alteraciones ya mencionadas.

Sin embargo, se ha logrado evidenciar por medio de la práctica clínica que muchas de estas personas se enfrentan a una serie de situaciones de tipo administrativo y jurídico que comprometen su cuidado y por consiguiente terminan en complicaciones como retrasos para adquirir las habilidades y destrezas para la movilidad para cumplir con sus actividades de la vida diaria, infecciones urinarias, úlceras por presión, alteración de la función intestinal, deficiencias en el control del dolor y la espasticidad, llegando incluso a presentar otras complicaciones más severas como son la sépsis y la disreflexia autonómica que les representa un alto grado de riesgo de tipo cardiovascular, que puede llevar a la muerte.

Existen diferentes factores relacionados con la rehabilitación integral de estas personas que los profesionales de la salud han identificado como influyentes en el déficit para el cuidado, uno de ellos está relacionado con la oportunidad para acceder tanto a las diferentes terapias como a los tratamientos farmacológicos, insumos y equipos; independiente de que estén descritos en la normatividad que rige la atención en salud a las personas en situación de discapacidad, en ocasiones está no es clara con el plan obligatorio de salud (POS). Por lo anterior las personas con TRM se ven obligadas a recurrir a mecanismos como la acción de tutela para lograr la rehabilitación integral.

Si bien se identificó que existe dificultades en el acceso a los servicios de salud como fisioterapia, fisioterapia, psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y enfermería, demoras o negación de insumos para sus diferentes cuidados y la necesidad de recurrir a estancias anexas a los procesos como la acción tutela, en nuestro contexto se desconoce que tanto y cómo influye la normatividad en las dificultades al acceso a los anteriores servicios y las posibles complicaciones en la salud de las personas con TRM derivadas de estas dificultades, por lo tanto el objetivo del siguiente proyecto de investigación es describir la influencia de la normatividad de salud en la rehabilitación integral de la persona con TRM, de tal manera que al evidenciarlo se pueda apoyar a estas personas, involucrando en la educación para el cuidado de la salud aspectos orientadores relacionados con los diferentes

procesos para el acceso a los servicios integrales de rehabilitación a la luz de la normatividad en salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha mencionado anteriormente el TRM es un problema de salud pública por la cantidad de personas que sufren esta lesión, además del impacto que genera en la calidad de vida de la persona, su familia y la sociedad. Según reportes de la oficina de estadística del Hospital Universitario del Valle (HUV), el número de personas con TRM atendido en el servicio de urgencias es en promedio de 60 al año entre el 2012 y el 2014¹. Otros estudios describen como causas principales traumas cerrados y traumas penetrantes en un 65% y 35% respectivamente, en los traumas cerrados los accidentes de tránsito fueron la principal causa 45%, mientras el 95% de los traumas penetrantes fueron ocasionados por proyectil de arma de fuego². Estudios reportaron que en un 58% y 90% de la hospitalización prolongada o rehospitalización de la persona con lesión medular fue a causa de neumonía, tromboembolismo pulmonar y úlceras por presión, estas complicaciones son consideradas prevenibles mediante una rehabilitación integral que permita garantizar la salud de las personas y por tanto la calidad de vida³.

Por lo anterior se hace importante entonces recordar el concepto de salud que brinda la Organización mundial de la salud (OMS) en la actualidad, como “un estado de bienestar físico, mental y social, estado ante el cual pueden intervenir diversos factores condicionantes como son: estilos de vida, biología humana, medio ambiente y sistema de asistencia sanitaria conocidos como *determinantes de la salud*.”⁴ Desde la disciplina de Enfermería los factores que intervienen en la salud de las personas se constituyen en los denominados Metaparadigmas Enfermería que son: enfermería, persona, salud y ambiente. Al evaluar estos aspectos definidos por la OMS, la ciencia de Enfermería y su influencia para lograr la salud de las personas con TRM, se evidencia que existen avances desde el punto de vista de la influencia de los aspectos sociales y ambientales, sin embargo se observa que en la normatividad en salud, la rigurosidad en el cumplimiento y la oportunidad para la prestación de los servicios que permita la rehabilitación integral de las personas con TRM no es clara. No solo se presentan demoras por las tramitologías para acceder a la rehabilitación integral sino también negativas de las EPS para proporcionarle a

los pacientes insumos que permiten el cuidado de la salud⁵, por lo cual las personas con TRM por lo general deben acceder a la acción de tutela situación que prolonga el tiempo en la atención de los diferentes servicios y que puede estar influenciando en la aparición de complicaciones en la salud y por lo tanto retrasa la rehabilitación integral de estas personas. Desde el compromiso Enfermería de ser garante del cuidado holístico de la salud de las personas, no es posible ser ajeno a esta problemática y se hace necesario por lo tanto evidenciarla para disminuir su impacto en la rehabilitación integral, de tal manera que se prevengan complicaciones derivadas del problema y así se garantice verdaderamente la calidad de vida de las personas. Es por ello que se propuso conocer la magnitud de las dificultades durante el proceso de rehabilitación de la persona con TRM a la luz de la normatividad de salud en dos instituciones de salud de la ciudad de Cali mediante la realización de dicho proyecto de investigación y a través de la siguiente pregunta: **¿Cómo influye la normatividad de salud en la rehabilitación integral de la persona con TRM?**

2. JUSTIFICACIÓN

El cuidado de las personas con TRM requiere de intervenciones de equipos interdisciplinarios en salud y de acciones políticas intersectoriales integradas a las EPS, con el fin de promover la rehabilitación integral que permita lograr el objetivo final que es garantizar la calidad de vida de las personas que a su vez involucra a la familia y a la comunidad a la cual pertenecen⁶.

Así mismo, la Norma en salud y los programas de rehabilitación dirigidos a las personas con TRM deben tener en cuenta las necesidades específicas, toda vez que este tipo de lesión va a dejar secuelas permanentes desde el punto de vista de la movilidad, la sensibilidad, función sexual, vejiga e intestino y de la integralidad de la piel según los niveles medulares que sean afectados; de igual manera, también dependerá la independencia que las personas con TRM logren para continuar con los procesos de la vida diaria de los niveles de la lesión. Todo lo anterior a su vez requiere diferentes intervenciones que afectan los costos en la prestación de los servicios de salud, no obstante “el Sistema de Seguridad Social en Salud está en la obligación de responder a este proceso de rehabilitación”⁶.

Actualmente en Colombia son aplicadas políticas como la Resolución 5521 de 2013 por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el POS en el cual se contemplan las acciones de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de las enfermedades y problemas relacionados con la salud de los afiliados y quien entre otros establece que:

“Para acceder a servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general conforme al sistema de referencia y contrarreferencia definido por la EPS” (Artículo 12).

Si bien el Artículo 12 del POS, contenido en esta Resolución define que el proceso de referencia y contrarreferencia debe ser iniciando a través de servicios de menor complejidad para acceder a los servicios de mayor complejidad siendo congruente con lo

establecido en el párrafo 5 de la ley 100 de 1993, se definieron casos para los cuales “el afiliado puede acceder directamente a consulta con especialista como cuando este ha sido diagnosticado y requiere periódicamente de servicios especializados” (Artículo 12).

También establece que “las EPS deben garantizar los insumos, suministros y materiales sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización y/o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el POS, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación” (Artículo 58). “El acceso a los medicamentos de forma ininterrumpida y continua” (Artículo 50), como también “las prótesis y órtesis ortopédicas y otras estructuras de soporte para caminar, siendo excluidas todas las demás” (Artículo 62).

Por otra parte se excluyeron insumos que son necesarios para algunos procedimientos que no están contemplados en el presente acuerdo, como medias elásticas de soporte, sillas de ruedas, zapatos ortopédicos, tratamientos con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas, pañales para niños y adultos, entre otros⁷.

Sin embargo, existe posiblemente inadecuada interpretación del proceso para aplicar esta Resolución, o es probable que en sí mismo esta Resolución sea el motor para que se presenten las actuales barreras en la prestación de servicios como son mayores tramitologías, negación o demora en el acceso a servicios de salud e insumos, entre otros, limitando así la rehabilitación integral. Una de las maneras de abordar esta problemática es la acción de tutela, sin embargo mientras se logra que se le garantice todo lo que requiere para la rehabilitación integral, corre riesgos de presentar complicaciones en la salud, retrasos en la rehabilitación y mayores costos para el propio sistema de salud.

Por otra parte la Ley 1618 del 27 de Febrero del 2013, que entre otras establece que con “el objetivo de garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas en situación de discapacidad”⁸, tanto el Ministerio de salud y protección social y los diferentes sectores comprometidos con la prestación de servicios deben responsabilizarse del seguimiento en el cumplimiento de los servicios de rehabilitación integral, lo cual involucra no solo que se preste el servicio de rehabilitación, sino también, la calidad y la oportunidad

en tiempo. A este deber no es ajeno el profesional de Enfermería comprometido con el cuidado de la salud de la persona con TRM.

En Colombia el estudio del Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en salud, evidencio que la reforma en el sistema de salud y la normatividad existente no ha garantizado efectivamente el derecho ni la atención en salud. La acción de tutela en salud evidencio las falencias en la calidad, accesibilidad y oportunidad para algunos grupos poblacionales. Plantea, que si bien la Ley 100 de 1993 con el principio de universalidad, pretende la cobertura a toda la población, la existencia de planes de beneficios diferenciales y el mecanismo de la focalización va en contra de tal universalidad. También concluye que el poder de los actores decisores debe estar regulado por el resto de los actores sociales, sin embargo, esto parte de la información cuantitativa y cualitativa disponible para todos los actores del sistema con relación a la evaluación del impacto de la política en salud, lo que exige investigación desde la academia y por los mismos integrantes de la atención en salud⁹.

En Cali, para el año 2013 se evidencio que de 30 pacientes con TRM atendidos en un Centro de Atención de nivel III, el 54.4% pertenecían al Régimen Subsidiado y un 21% se encontraban sin ninguna afiliación al Sistema de Salud y solo el 9% manifestó saber dónde acudir para la rehabilitación, saber cuál sería el médico tratante y fechas de control⁶.

Los anteriores aspectos deben ser tenidos en cuenta para solucionar la problemática, establecer el mecanismo más expedito por medio del cual la persona con TRM puede acceder a todo lo que le permita la rehabilitación integral, que finalmente redunde en beneficio de estas personas, de la familia e incluso del propio sistema de salud al reducir los costos por los reintegros hospitalarios anteriormente descritos en el problema. Por lo tanto, el propósito de este estudio fue conocer la influencia de la normatividad de salud en la rehabilitación integral, situación actual y real a la que se enfrentan las personas con TRM, para así posibilitar cambios en el proceso de atención en salud, permitirse estar con la persona y su familia brindándoles una adecuada orientación y facilitando el proceso de

rehabilitación e integración social como una estrategia de cuidado acorde con el Metaparadigma de Enfermería.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar cómo influye la normatividad de salud en la rehabilitación integral de la persona con Trauma Raquimedular en dos instituciones de salud de la ciudad de Cali.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de las personas con Trauma Raquimedular que acuden a dos instituciones para la rehabilitación integral de la ciudad de Cali.
- Identificar los mecanismos mediante los cuales las personas con Trauma Raquimedular acceden a la atención por el equipo interdisciplinario, tratamientos y recursos técnicos que le permiten la rehabilitación integral.
- Conocer los tiempos reales que la persona con Trauma Raquimedular requiere para acceder los diferentes servicios en salud por medio de los mecanismos que le permitan una rehabilitación integral a la luz de la normatividad en salud.
- Conocer las prácticas de cuidado que presentan las personas con Trauma Raquimedular que acuden a dos instituciones para la rehabilitación integral de la ciudad de Cali.
- Describir complicaciones en la salud y factores asociados desde la percepción de las personas con Trauma Raquimedular.

4. MARCO TEÓRICO

Enfermería a través de sus teóricas han incluido como eje fundamental la relación entre el cuidado y la salud de los seres humanos, estos dos conceptos han sido utilizados en el tiempo para identificar el núcleo de la disciplina. Según Newman¹⁰ “en el estudio del cuidado de las experiencias de salud de los seres humanos entre otros, incluye un sistema creencias y valores de las personas involucradas, el compromiso social de la profesión, la naturaleza de los servicios y el propio desarrollo del conocimiento en Enfermería”.

Uno de los componentes esenciales de Enfermería es el Metaparadigma, definido como *"los conceptos globales que identifican el fenómeno central para el interés de una disciplina, las proposiciones globales que describen los conceptos y las proposiciones globales que enuncian las relaciones entre los conceptos"*¹¹. Estos conceptos proveen los parámetros generales del campo y ofrecen una orientación general a partir de la cual se debe trabajar, además de colocar límites acerca de los asuntos que trata la disciplina, teniendo en cuenta que cada uno de ellos está dirigido a englobar los diferentes aspectos que en el caso de la Enfermería deben guiar el cuidado integral de la salud de los seres humanos.

El Metaparadigma de Enfermería ha sido está compuesto por cuatro conceptos: persona, ambiente, salud y enfermería. El concepto **persona** refiere a los individuos, familias, comunidades y otros grupos que son participantes en Enfermería. El concepto **ambiente** se refiere a personas significativas para el individuo y los ambientes físicos, al igual que los escenarios en los cuales las acciones de Enfermería tienen lugar, que van desde el hogar de la persona a las clínicas u hospitales y a la sociedad como un todo, también se refiere a las condiciones locales, regionales, nacionales y mundiales tanto culturales como sociales, políticas y económicas que están asociadas a la salud de una persona. El concepto **salud** se refiere al estado de bienestar en el momento que se dan los cuidados de enfermería que puede ir desde un alto nivel de bienestar hasta un estado de enfermedad terminal. El concepto **Enfermería** son las acciones que tienen lugar por parte de la enfermera para beneficio de la persona, familias y comunidades. Estos cuatro conceptos

metaparadigmáticos están relacionados entre sí, de forma que incorpora todos los fenómenos importantes afines con la disciplina de manera neutral porque no reflejan un paradigma o un modelo conceptual específico.

“Estos elementos del Metaparadigma orientan la gestión del cuidado de enfermería, entendido por el ejercicio del profesional de enfermería desde la ciencia del cuidar, la cual se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos establecidos”¹². Estos cuidados deben ir en pro de favorecer un adecuado proceso para mantener la salud y mejorar la calidad de vida de las personas a las cuales se les ofrecen.

Kristen Swanson¹³, en el año 1991 planteo la “Teoría de los cuidados” en la cual concibe el cuidado como una responsabilidad y compromiso que se adquiere con la persona sujeto de cuidado. En este sentido definieron los elementos paradigmáticos bajo los cuatro fenómenos de interés de la disciplina de enfermería:

Persona: "seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas". Postulo que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de "una herencia genética, al legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío". Esto contemplo que las personas influyen y son influidas por el entorno en el que viven.

Enfermería: “disciplina de los cuidados para el bienestar de otros. Afirmo que la disciplina de enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica, los valores, expectativas personales y sociales".

Salud: “considero el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del color interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud".

Entorno-ambiente: “definido como entorno de manera situacional. Sostuvo que el entorno para la enfermería es 'cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente. Además que hay muchos tipos de influencia sobre el entorno, como los aspectos culturales,

sociales, biofísicos, políticos y económicos, por nombrar solo unos pocos”.

Swanson describió el “bienestar como un estado en el que se sientan integrados y comprometidos con vivir y morir, como una experiencia subjetiva y significativa de totalidad, la totalidad involucra un sentido de integración y cambio en todas las facetas de la existencia que son libres de ser expresadas.” La enfermedad como una alteración del bienestar integral de la persona en cualquiera de sus aspectos tanto físico como emocional, dado por factores internos o externos que pueden afectar directamente a la persona.

Esta teoría incluyó cinco procesos básicos de cuidado: conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias, dichos procesos permitieron la concepción de enfermería desde su base histórica, antropológica y filosófica.

Conocer: se refiere a las capacidades de las personas para dar cuidados, esforzándose por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.

Estar con: hace referencia a las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, estar emocionalmente con el otro, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos con la persona cuidada.

Hacer por: a las condiciones de la enfermera, paciente y organización que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados, adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia para proteger al que es cuidado, respetando su dignidad.

Posibilitar: implica las acciones de los cuidados dados, facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y de los acontecimientos, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación.

Mantener las creencias: hace referencia a mantener la fe en la capacidad de vida y de los acontecimientos o transición y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro yteniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

Estos planteamientos del Metaparadigma de enfermería fueron relacionados con el modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud creado por Lalonde⁴, que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y comunidades, en el cual se consideraron cuatro factores principales: la **Biología humana**, concepto que hace referencia a la herencia, maduración, envejecimiento y sistemas internos complejos. El **Medio ambiente**, concepto dirigido a lo físico, químico, biológico, psicosocial y cultural. Los **Estilos de vida**, dirigidos a la toma de decisiones y hábitos de vida. El **Sistema de organización de atención de la salud**, referente a los procesos de prevención, curación y restauración. Estos determinantes pueden ser modificables ya que se encuentran influenciados por los factores sociales y por ello las acciones de salud pública deben ser dirigidas hacia esa modificación.

Tanto el concepto metaparadigmático como los determinantes de la salud, aunque planteadas desde visiones filosóficas diferentes, relacionan campos comunes fundamentales que están directamente en interacción con el proceso de salud de las personas y pueden influir de manera positiva o negativa de acuerdo a las intervenciones de cada uno de los componentes del Metaparadigma o de los Determinantes de la Salud. Es aquí donde se ubicó el problema base de este estudio, ya que se ha identificado alteraciones en el Metaparadigma ambiente para la persona con TRM; ambiente haciendo referencia a las diferentes procesos de accesibilidad a los servicios de salud de la persona con TRM por la forma como están organizadas las normas de formulación en Colombia, autorizaciones de las EPS y remisiones de estas últimas a los sitios para la rehabilitación integral que cuenten tanto con el talento humano y los recursos de acuerdo a las necesidades de estas personas.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 Trauma Raquimedular

Según datos epidemiológicos en los servicios de urgencias, 1 de 40 consultas fue por esta causa. La población masculina de 15 a 35 años es la más afectada. En el Hospital Universitario del Valle se presentaron seis de estos casos por mes, de los cuales 65% fueron traumas cerrados y el 35% fueron traumas penetrantes. En los traumas cerrados los accidentes de tránsito fue la principal causa 45%, mientras el 95% de los traumas penetrantes fueron ocasionados por proyectil de arma de fuego. De estos traumas el 43% causan déficit completo, 18% parcial y el 23% no tienen déficit².

“El Trauma Raquimedular (TRM) incluye a toda lesión de origen traumático que pueden afectar, conjunta o aisladamente, las diferentes estructuras óseas, ligamentosas, cartilaginosas, musculares, vasculares, meníngeas, radicales y por supuesto, medulares de la columna vertebral en cualquiera de sus niveles y que produce compromiso motor o sensitivo de manera temporal o permanente”¹⁴. El déficit neurológico depende del tipo de lesión y del nivel medular comprometido. Con relación al tipo de lesión se encuentran: una lesión primaria, ocasionada por el evento en sí; y una lesión secundaria en la que se producen cambios fisiopatológicos que aumentan la destrucción neuronal.

“Los diferentes mecanismos que participan en la lesión primaria involucran daños por compresión, impactación, distracción, laceración y desgarros. De acuerdo con la cinemática del trauma se pueden presentar unos u otros mecanismos. Es poco lo que el personal de salud puede hacer para evitar estas lesiones, y por eso la mayoría de los esfuerzos deben aplicarse a evitar la lesión secundaria. Esta última está favorecida por cambios en el flujo sanguíneo (por hipotensión, trombosis, vasoespasmos), trastornos hidroelectrolíticos, hipoxia, edema neuronal y liberación de sustancias como neurotransmisores excitatorios (glutamato y aspartato), radicales libres y péptidos opioides. Claramente, la hipoperfusión y la hipoxia son los dos factores que pueden incidir en el pronóstico del paciente, y por tanto

los más importantes a corregir en la evaluación inicial”². Los estudios a nivel mundial están relacionadas con la administración de sustancias neuroprotectoras para reducir el impacto de la hipoperfusión y la hipoxia pero de igual manera en la aplicabilidad de células madre con miras a la recuperación del déficit neurológico.

5.2 Complicaciones del Trauma Raquimedular

Las personas con TRM tienen un alto riesgo de presentar complicaciones multisistémicas que dependen del tipo y nivel de lesión, de la rehabilitación integral, oportuna y eficaz. Entre las complicaciones más comunes se encuentran las respiratorias, cardiovasculares, musculoesqueléticas, disfunciones vesicales, disfunciones intestinales, úlceras por presión y psico-emocionales.

Complicaciones respiratorias

La función respiratoria se altera según el nivel de la lesión por compromiso neuromuscular imposibilitando los movimientos inspiratorios y espiratorios de la caja torácica, esto por la lesión de nervios que van desde C1 a T5. Cuando las personas presentan lesión entre C1 a T5 se ha evidenciado que el 71.2% presenta Neumonía debido a que el trauma genera atelectasias, hipersecreción bronquial y una tos ineficaz que deteriora los cilios de la vía aérea dificultando su correcto despeje y favoreciendo la colonización bacteriana del parénquima pulmonar¹⁵.

Complicaciones cardiovasculares

Disrreflexia autonómica

Es el incremento de la presión arterial sistólica en más del 20%, asociado con cambios en la frecuencia cardíaca y acompañado por transpiración, piloerección, rubor de la porción superior corporal, bradicardia, arritmias, dolor de cabeza, visión borrosa, congestión nasal y ansiedad. Esta es causada por una descarga masiva simpática provocado por un estímulo como infecciones urinarias u otro tipo de infecciones como por ejemplo las derivadas por las Úlceras por Presión, entre otros, este tipo de complicación se constituye en una

emergencia que requiere hospitalización para el tratamiento de los síntomas y del factor desencadenante, dado que es un factor de riesgo para ocasionar la muerte por accidentes cerebrovasculares especialmente derivada de la hipertensión arterial¹⁵.

Trombosis venosa profunda (TVP)

El riesgo de presencia de TVP en pacientes con TRM está dado por la triada de Virchow: hipercoagulabilidad, inmovilidad y lesión de la capa íntima de los vasos sanguíneos. Es una de las principales complicaciones que generan morbilidad en personas con TRM¹⁵.

Complicaciones musculoesqueléticas

Espasticidad

Se presenta por un trastorno del control sensitivo-motor, debido a una lesión de motoneurona superior, caracterizado por aumento del tono muscular (hipertonía), aumento intermitente o sostenido de los reflejos somáticos involuntarios (híperreflexia), clonus y espasmos musculares dolorosos en respuesta al estiramiento o a estímulos cutáneos nocivos; lo que genera un aumento de la resistencia de las articulaciones a la movilización pasiva inducida por una hiper-excitabilidad del reflejo somático. Esta complicación puede generar dolor, caídas, fatiga, baja autoestima, puede interferir en la movilidad, los traslados, el cuidado personal, las actividades de la vida diaria, la participación social, el sueño y el funcionamiento sexual¹⁵.

Contracturas

Es causada por la pérdida de la extensibilidad de los tejidos blandos, lo cual genera alteraciones que se expanden a las articulaciones. Estas son causadas por la inmovilidad prolongada en posición de acortamiento muscular, disminuyendo el número de sarcomeros, cambiando así la alineación de los tejidos conectivos y disminuyendo la longitud del tendón en reposo. Los factores predisponentes son dolor, edema, nivel de independencia en las actividades de la vida diaria, posición del paciente durante la mayor parte del día y posición en decúbito supino intrahospitalaria¹⁵.

Infecciones del tracto urinario

Las infecciones del tracto urinario se establecen como una de las principales complicaciones y las más frecuentes en las personas con TRM. Si bien esta se asocia a las disfunciones vesicales provocadas por lesión de neurona motora superior las cuales se clasifican en vejiga flácida y vejiga espástica, requieren del cuidado tanto del talento humano de enfermería, del paciente y de la familia para que la función de eliminación urinaria se lleve a cabo. Para este cuidado se hacen necesarios insumos como catéteres vesicales desechables, lubricantes, guantes, entre otros, que al no tener accesibilidad a los mismos se incrementa el riesgo de la infección urinaria sintomática que a su vez va a requerir del tratamiento con antibióticos que cada vez son menos eficientes por la multirresistencia microbiana. Esta complicación por lo tanto incrementa los costos de los servicios de salud y el retraso en la rehabilitación del paciente, especialmente por el reingreso hospitalario para el manejo de la sepsis producto de esta infección. Es una de las complicaciones que posiblemente tenga como factor interviniente el acceso oportuno a los insumos necesarios para este cuidado^{2,15}

Estreñimiento o incontinencia fecal

Estas complicaciones igualmente se presentan según el nivel de la lesión. El impacto de las dos se ven reflejadas por una parte en un compromiso psico-emocional por las incomodidades que pueden generar en la persona con TRM como también en el hecho que agravan otras complicaciones como la espasticidad o la presencia de disrreflexia autonómica. De igual manera el cuidado del intestino neurogénico requiere de tratamientos farmacológicos e insumos que ayudan a prevenir otras complicaciones como la espasticidad, la disrreflexia autonómica, úlceras por presión que de igual manera se hacen de difícil acceso no están incluidas en el POS y en este sentido debe asumir los costos el paciente que en su mayoría son de escasos recursos mientras definen resultados de las tutelas¹⁶.

Úlceras Por Presión (UPP)

Se definen como una lesión en cualquier superficie de la piel causada por la aplicación de fuerzas de presión y/o fricción. En las personas con TRM esta complicación se presenta por la presión aplicada sobre las prominencias óseas como el sacro, escapulas, tobillos, debido a varios factores, entre ellos la permanencia por tiempos prolongados sobre la silla de ruedas o en camas que requieren de cambios de posición permanentes brindados por un cuidador o por el autocuidado cuando el paciente adquiere la destreza para hacer movimientos activos y pasivos¹⁵.

Las personas que presentan TRM de los niveles cervicales son las que principalmente requieren de un cuidador permanente para realizar cambios de posición que prevenga esta complicación, por lo general lo realiza un familiar dedicado al cuidado de esta persona, sin embargo requiere de apoyo del talento humano en enfermería para lo cual se hacen necesario que la EPS autorice el cuidado domiciliario y asigne este recurso, algunas veces es asignado sin contratiempos, otras veces pasa a la acción de tutela interpuesta por el paciente. Es importante tener en cuenta de igual manera que para prevenir este problema el talento humano en enfermería interviene otros factores de riesgo como la desnutrición, la permanente humedad por la incontinencia urinaria y/o fecal. La presencia de esta complicación requiere de tratamientos para la reparación de la piel e incluso cirugías de alto costo e incluso pueden conducir a la muerte del paciente debida a la sepsis sistémica producto de la lesión.

Depresión y suicidio

La lesión medular afecta de manera significativa aspectos psico-emocionales de la persona y su familia. Esta situación demanda una capacidad de afrontamiento que dependerá de la singularidad del paciente, de sus creencias, experiencia, hasta del medio que lo rodea. Estas personas pierden sus expectativas de vida, desarrollando temor a perder a la persona amada o a no ser amado, pérdida de la aprobación de los demás, pérdida de sus relaciones laborales, disminución de su autoestima, adquiriendo sentimientos de minusvalía, de no poder realizar ninguna de las actividades que antes realizaba o en el caso de depender de un tercero para

las actividades de la vida diaria, se sienten como una carga para los demás y es por estas situaciones que experimenta depresión e incluso ideas suicidas. Tanto para el tratamiento de la depresión como para evitar el riesgo suicida de manera temprana incluso desde los servicios de urgencia se le debe brindar apoyo al paciente y su familia psico-emocional para lo cual se requiere la asistencia por parte de psiquiatría y psicología. Si bien este apoyo no se evidencia como parte de la problemática de la accesibilidad a los servicios de salud, debe garantizarse su continuidad posterior al egreso del paciente de la institución de salud¹⁷.

5.3 Rehabilitación integral

La rehabilitación integral nace como una necesidad para dar respuesta a la problemática social en la atención de las personas con discapacidad, situación en la cual se encuentra gran parte de las personas que sufren una lesión medular. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rehabilitación es “la aplicación coordinada de un conjunto de procedimientos médicos, educativos, psicológicos, sociales y ocupacionales para preparar o readaptar al individuo limitado con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de la capacidad funcional, social y productiva. El objetivo del proceso de rehabilitación, entonces, es prevenir, superar o minimizar los posibles efectos de la condición limitante”¹⁸.

La OMS contempla la interacción sinérgica de varios componentes, en un contexto con fines comunes, y a la persona con discapacidad como el actor principal de su propio proceso de rehabilitación. Así mismo, concibe la rehabilitación integral como un continuo proceso de adaptación que demanda modificaciones físicas, mentales y sociales por la persona.

“En una Lesión Medular la prioridad inicialmente será la recuperación o mantenimiento de las funciones de los órganos vitales y la estabilización física del individuo. Posteriormente, cuando el individuo se encuentra fuera de peligro vital, la prioridad será la rehabilitación y adaptación a todos los niveles: físico, psicológico y social”¹⁹, todo esto con el fin garantizar independientemente del tipo de limitación, un desarrollo pleno en todas las etapas del individuo a lo largo de su vida, como el desempeño social y económico logrando así su máxima independencia.

Para llegar al concepto de la rehabilitación integral Moraga establece los principios fundamentales de la rehabilitación:

- **Integralidad:** como una acción integral, un intercambio y una relación estrecha de disciplinas y profesiones.
- **Individualidad:** se basa en el respeto a las características propias de cada individuo, según la naturaleza de su deficiencia y las condiciones ambientales particulares
- **Fundamento científico:** la rehabilitación necesita el apoyo y los conocimientos de diversas ciencias y disciplinas que fundamente su acción.
- **Interdisciplinariedad:** las acciones deben ejecutarse mediante la participación profesional en diversas áreas: de salud, social, educativa y profesional, con el objetivo de que las diversas disciplinas aporten los conocimientos y experiencias necesarias para que la persona con limitaciones logre vivir en condiciones similares a las del resto de la población.
- **Universalidad:** ofrece una visión global de la población sin establecer diferencias entre las personas sin o con discapacidad o limitación, afirmando que todos somos clientes potenciales de la rehabilitación.
- **Utilidad social:** mediante la rehabilitación la persona que ha sufrido una lesión física o mental puede restablecer y compensar actitudes perdidas que faciliten su integración y contribuya a generar igualdad de oportunidad para toda la población”.

Según los principios de la rehabilitación, la atención de la persona con discapacidad requiere de un abordaje integral, según las necesidades y características de esa persona y su entorno, además de los apoyos y recursos necesarios para que pueda ser autor y gestor de su propia rehabilitación.

Rehabilitación física:

Se refiere a todas las acciones que realiza el equipo interdisciplinario para que las personas con TRM adquieran las destrezas y habilidades a partir de las limitaciones producto del

daño neurológico para el autocuidado (cateterismos para la vejiga neurogénica, cuidados perianales durante la eliminación intestinal, cuidado de la piel), para la movilidad (manejo de silla de ruedas, traslados desde y hacia diferentes lugares, cambios de posición)²⁰.

Rehabilitación psicológica:

Esta rehabilitación se realiza con el objetivo de proporcionar herramientas que ayude de manera oportuna y efectiva a la realización de los diferentes ajustes como: cognitiva, emocional, comportamental, además de ejecutar un afrontamiento positivo en las etapas de evitación, y confrontación en su proceso de duelo; por consiguiente este tipo de pacientes deberán ser valorados en repetidas ocasiones considerando la disminución de expectativas y sensaciones de deterioro en la calidad de vida²¹.

Rehabilitación ocupacional:

La terapia ocupacional le proporcionará por medio de la educación y reeducación a la persona con lesión medular, la adquisición de habilidades y destrezas con el fin de que sea el principal encargado de su cuidado personal y tenga el mayor control en su vida diaria. De tal forma que la adaptación a los diferentes cambios que demanda este tipo de lesiones sea lo más competente e independiente posible.

La rehabilitación ocupacional aparte de centrar su atención en la recuperación y desarrollo de las actividades de la vida diaria, también trabaja en actividades de interés personal que puede lograr la persona teniendo en cuenta el nivel de su lesión; de esta manera proporciona independencia que permita seguir planteándose objetivos y propósitos personales, familiares, profesionales y laborales. Además de llevar a la persona a una integración plena en la vida social y a afrontar los cambios que se han producido en su vida²².

Atención Domiciliaria

Según Torra i Bou: se ha definido “un conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud y que tienen como objetivo proporcionar esta atención, mediante actividades que incluyen la promoción, protección, cuidado, curación y rehabilitación dentro de un marco de plena co-responsabilidad del usuario y/o familia con los profesionales del equipo de salud en el domicilio de aquellas personas que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de atención primaria”²³.

Las características que delimitan la atención domiciliaria:

- Es un proceso enmarcado dentro del concepto de atención longitudinal y continua.
- Se realiza en el domicilio del paciente
- El núcleo de atención lo constituye la persona y sus cuidadores, tanto familiares como informales
- Debe proporcionar una atención biopsicosociales
- Los recursos para este tipo de atención deben ser fácilmente movilizado al domicilio

Objetivos de la atención domiciliaria:

- Proporcionar los mejores cuidados sanitarios en el domicilio de la persona, asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo.
- Se debe asegurar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

- Se debe realizar un estudio de las necesidades del paciente para diseñar un plan individualizado de los cuidados
- La atención domiciliaria debe considerar las necesidades del paciente como un todo y proporcionarle servicios a través de una atención multidisciplinaria.

5.4 Normatividad de Salud para la Rehabilitación de las Personas en Situación de Discapacidad

5.4.1. Ley 1618 del 27 de Febrero del 2013

En el contexto Colombiano la rehabilitación integral de una persona con discapacidad es amparada por la **ley 1618 del 27 de febrero del 2013**, "por medio de la cual se establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad".

El objeto es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009.

Donde se establece:

Artículo 9°. Derecho a la habilitación y rehabilitación integral.

Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la habilitación y rehabilitación, se implementarán, las siguientes acciones.

1. La Comisión de Regulación en Salud, CRES, definirá mecanismos para que el Sistema General de Seguridad Social y Salud SGSSS incorpore dentro de los planes de beneficios obligatorios, la cobertura completa de los servicios de habilitación y rehabilitación integral, a partir de estudios de costo y efectividad que respalden la inclusión. Para la garantía de este derecho se incluirán distintas instituciones como el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Salud y Protección Social, Artesanías de Colombia, el Sena, y los distintos Ministerios según ofrezcan alternativas y opciones terapéuticas.

2. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, asegurará que la prestación de estos servicios se haga con altos estándares de calidad, y sistemas de monitoreo y seguimiento correspondientes.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, asegurará la coordinación y articulación entre los diferentes sectores involucrados en los procesos de habilitación y rehabilitación integral, y entre las entidades del orden nacional y local, para el fortalecimiento de los procesos de habilitación y rehabilitación funcional como insumo de un proceso integral, intersectorial (cultura, educación, recreación, deporte, etc.).

5. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, garantizará que las entidades prestadoras de salud implementen servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad , incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su vida digna y su inclusión en la comunidad, evitando su aislamiento

8. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, regulará la dotación, fabricación, mantenimiento o distribución de prótesis, y otras ayudas técnicas y tecnológicas, que suplan o compensen las deficiencias de las personas con discapacidad, sin ninguna exclusión, incluidos zapatos ortopédicos, plantillas, sillas de ruedas, medias con gradiente de presión o de descanso y fajas .

9. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, garantizará la rehabilitación funcional de las personas con Discapacidad cuando se haya

Establecido el procedimiento requerido, sin el pago de cuotas moderadoras o copagos, en concordancia con los artículos 65 y 66 de la Ley 1438 de 2011.

10. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces establecerán los mecanismos tendientes a garantizar la investigación y la prestación de la atención terapéutica requerida integrando ayudas técnicas y tecnológicas a la población con discapacidad múltiple (ley 1618 de 2013, 2013).⁸

5.4.2 Resolución 5521 del 2013

La Resolución 5521 fue expedida el 27 de diciembre del 2013 y entra en vigencia el 01 de enero del 2014; por medio de este se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y Subsidiado, que deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente, derogando así los artículos 16 y 117 de la Resolución 5261 de 1994, y en su integridad los Acuerdo 029 de 2011, 031 y 034 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES y demás disposiciones.

En este acuerdo, entre otros se establece que:

Artículo 2. Estructura y naturaleza del pos. *El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que determina a qué tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-. Se constituye en un instrumento para que las Entidades Promotoras de Salud –EPS- garanticen el acceso a las tecnologías en salud en las condiciones previstas en este acto administrativo. El POS se articula con otros Planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); así como con los programas, planes y acciones de otros sectores, que deben garantizar los demás aspectos que inciden en la salud y el bienestar.*

Artículo 3. Principios generales para la aplicación del Plan Obligatorio de Salud. Los principios generales del Plan Obligatorio de Salud son: Integralidad, territorialidad, complementariedad, transparencia, competencia, corresponsabilidad y calidad.

Artículo 9. Garantía de acceso a los servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo, a través de su red de prestadores de servicios de salud.

Artículo 10. Puerta de entrada al sistema. El acceso primario a los servicios del POS se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada. Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

Artículo 12. Acceso a servicios especializados de salud. El POS cubre la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de esta resolución, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en pretexto para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Artículo 15. Beneficios. Los beneficios en salud descritos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas.

Artículo 23. Acciones para la recuperación de la salud. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud contempladas en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.

Artículo 27. Atención ambulatoria. Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud según lo dispuesto en el presente acto administrativo, serán prestadas en la modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Artículo 29. Atención domiciliaria. La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Dicha cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.

Artículo 41. Cobertura de medicamentos. La cobertura de un medicamento en el Plan Obligatorio de Salud está determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo. Para la cobertura deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos descritos en el Anexo 01 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y por lo tanto, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por la Entidad Promotora de Salud.

Artículo 48. Administración de medicamentos. Para el acceso efectivo a los medicamentos cubiertos en el POS, está incluida toda forma de administración de los mismos conforme con la prescripción del médico tratante. El Plan Obligatorio de Salud cubre todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración.

Artículo 50. Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los medicamentos cubiertos en el POS de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional tratante y las normas vigentes.

Artículo 58. Dispositivos médicos. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo.

Artículo 62. Ayudas técnicas. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas las siguientes ayudas técnicas:

- a. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en el POS.
- b. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
- c. Prótesis de otros tipos para los procedimientos incluidos en el POS (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros).
- d. Órtesis ortopédicas

Están cubiertas únicamente las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

Artículo 65. Psicoterapia ambulatoria para la población general. *El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente del tipo, etiología o la fase en que se encuentra la enfermedad, así:*

- 1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.*
- 2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.*

Artículo 69. Atención paliativa. *En el Plan Obligatorio de Salud se cubre la atención ambulatoria o con internación de toda enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidades de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el presente acto administrativo.*

Artículo 130. Exclusiones específicas. *Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación –UPC- y son las siguientes:*

- 6. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.*
- 15. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.*
- 18. Pañales para niños y adultos⁷.*

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño

Es un Estudio Descriptivo Transversal.

6.2 Muestra

La muestra fue conformada por 53 personas mayores de 18 años, hombres y mujeres sin diferenciar grupo étnico, atendidas en dos instituciones de la ciudad de Cali (clínica de Trauma Raquimedular de la unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle y Centro de Neurorehabilitación “Surgir”.

Cálculo de la muestra:

Para el cálculo de esta muestra se tuvo en cuenta la incidencia del TRM durante el año 2013 que ingresó al Hospital Universitario del Valle, esto porque es el principal centro de referencia para este tipo de lesión del Suroccidente Colombiano, esta incidencia fue de 60 personas por año, por lo cual se consideró la población finita para el cálculo de la muestra por muestreo aleatorio simple. Se trabajará con un 95% de confiabilidad y un error mínimo de 0.05:

$$n = (z \times pq)^2 \quad n = (1,96 \times 0,05)^2 = 384$$

El ajuste de la muestra para población finita es:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{384}{1 + \frac{384}{60}} = \frac{384}{1 + 6.4} = 51$$

Las fuentes para recolectar fueron las personas que asisten a la Consulta para la rehabilitación en la Clínica de Trauma Raquimedular del Hospital Universitario del Valle y Centro de Neurorehabilitación “Surgir”. Se estableció contacto con los posibles participantes del estudio y se comentó de manera clara y sencilla acerca de los objetivos del estudio y la importancia del mismo para conocer la realidad de los procesos que deben seguir a la luz de la normatividad de Salud en especial de la Resolución 5521 del 2013 y que puede aportar ventajas o desventajas al momento de acceder a la rehabilitación integral de manera oportuna, tan completa como sea posible y lograr una mejor calidad de vida.

Con las personas que decidieron participar, se acordó el lugar de encuentro que en este caso fueron los centros de atención en el momento que acudieron a las terapias de rehabilitación integral. Al momento del encuentro se procedió a leer y tramitar el consentimiento informado (anexo 2) que manifiesta igualmente el propósito del estudio, la posibilidad de retirarse del mismo en cualquier momento que el participante lo desee, como también que no implica ningún costo o beneficio económico, ni afectara el proceso de rehabilitación en caso que no desee participar, además se entregó una copia del consentimiento a los participantes el cual tiene los números telefónicos donde puede contactar a los investigadores para cualquier inquietud que tenga por su participación.

Posteriormente se aplicó el cuestionario para medir las variables del estudio (anexo 1) lo cual le tomo al participante un tiempo de 30 minutos. Luego, los datos obtenidos fueron consignados para posteriormente ser analizados en una base de datos Microsoft Excel. Esta fuente de información o instrumento sólo fue utilizado con el propósito de ésta investigación. No se obtuvo ningún otro tipo de muestra.

En cuanto a la recolección de la información y aplicación del cuestionario, se realizó una vez se obtuvo el aval de los Comités de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y del Hospital Universitario del Valle, además de la aprobación y compromiso institucional del Centro de Neurorehabilitación “Surgir”.

6.3 Criterios del Estudio

6.3.1 Criterios de Inclusión

- Personas con Trauma Raquimedular mayores de 18 años.
- Con un tiempo posterior a la lesión mayor a tres mes.
- Género: Masculino o Femenino

6.3.2 Criterios de Exclusión

- Personas con alteración del estado de conciencia.
- Con trauma de columna vertebral sin secuela neurológica.

6.4 Variables del Estudio

Variables Dependiente:

- Rehabilitación integral de la persona con TRM.

Variables Independientes:

- Normatividad en salud.

6.5 Operacionalización de las Variables

Variable: Acceso a la rehabilitación integral: rehabilitación física, psicológica, ocupacional.		
Indicador	Índice	Nivel de Medición
Integralidad	Definida por la intervención en conjunto del talento humano, para la rehabilitación del paciente con TRM. Durante la hospitalización posterior al trauma recibió atención por: (1) Psicología (2) Rehabilitación física (3) Terapia ocupacional	Nominal
	Luego del alta hospitalaria recibió atención por: (1) Psicología (2) Psiquiatría (3) Enfermería (4) fisioterapia (5) Medicina fsiatra (6) Terapia ocupacional (7) No ha recibido atención	Nominal

Rehabilitación física	Son las acciones que realiza el equipo interdisciplinario para que las personas con TRM adquieran destreza y habilidad para la movilidad, además de recursos técnicos, tratamiento farmacológico que permita el cuidado de la vejiga neurogénica, cuidado del intestino neurogénico, manejo del dolor y desplazamiento. Autorización por la EPS de insumos para el manejo de: (1) aparato urinario (2) Función intestinal (3) Manejo del dolor (4) Espasticidad (5) Sillas de ruedas para los traslados convencionales (6) Órtesis u otros equipos Mecanismo (autorización por	Nominal
------------------------------	--	----------------

	EPS, Acción de Tutela) utilizado para acceder a: (1) Medicamentos para el manejo del dolor (2) Aparatos necesarios para la movilidad (3) Insumos para el cuidado del aparato urinario (4) Insumos para el cuidado de la función intestinal (5) Medicamentos para el manejo de la espasticidad	Nominal
Rehabilitación psicológica	Es la rehabilitación que permite el afrontamiento de la situación de discapacidad repentina y que comprende los aspectos cognitivos, emocionales y del comportamiento. Autorización por la EPS para acceder a terapias con psicología. Mecanismos para acceder a terapias con psicología:	Nominal Nominal

	(1) Acción de Tutela	
Rehabilitación ocupacional	Son las acciones encaminadas para la adquisición de habilidades y destrezas para el autocuidado y actividades de la vida diaria: Autorización por la EPS para acceder a terapia ocupacional. Mecanismos para acceder a terapia ocupacional: (1) Acción de Tutela	Nominal Nominal
Cuidado domiciliario para la recuperación de la salud	Determinado por el acceso a actividades de promoción, cuidado, curación y rehabilitación, desarrolladas por profesionales multidisciplinario de atención de salud en el domicilio de la personas. Requerimientos de cuidado domiciliario para el cuidado de la salud. (1) Si	Nominal

	(2) No Mecanismos utilizados para acceder a la atención domiciliaria: (1) Autorización directa por la EPS (2) Acción Tutela	Nominal
Variable: Tiempos reales que la persona con TRM requiere para acceder a los diferentes servicios de salud a la luz de la normatividad.		
Tiempos reales que la persona con TRM requiere para acceder los diferentes servicios en salud a la luz de la n normatividad.	Determinado por el periodo de tiempo que la persona con TRM demanda para acceder a los servicios de salud desde la autorización por EPS, acciones de tutela y la atención del servicio, todo lo anterior desde la percepción del paciente. Tiempo en el que la EPS realizó las autorizaciones para las terapias de rehabilitación integral con: (1) Terapia física. (2) Terapia psicológica. (3) Terapia ocupacional	Nominal

	Tiempo de atención posterior a la lesión por parte de: (1) Psiquiatría (2) Psicología (3) Enfermería (4) Fisioterapia (5) Medico fisiatra (6) Fisioterapia (7) terapia ocupacional Tiempo en recibir respuesta por los mecanismos usados: (1) Acción de Tutela	Nominal Nominal
Variable: Prácticas de cuidado que presentan las personas con TRM que acuden a dos instituciones para la rehabilitación integral de la ciudad de Cali		
Prácticas de cuidado que presentan las personas con TRM	Definida por las acciones de cuidado que realiza la persona con TRM desde el conocimiento que tiene para recuperación, mantenimiento y mejoramiento de la salud a partir del el nivel de la lesión medular que presenta. (1) Conoce usted a que	

	nivel de la columna tiene la lesión (2) Conoce usted cuales son los cuidados que debe tener con esta lesión:	Nominal Nominal
Variable: Complicaciones en la salud y factores asociados desde la percepción de las personas con TRM		
Complicaciones en la salud y los factores asociados desde la percepción de las personas con TRM	Definida por las complicaciones más frecuentes en la persona con TRM y a lo que es más asociado desde la visión de estas personas. Presentación de complicaciones durante el tiempo invertido en los procesos administrativos: (1) Infecciones urinarias (2) Alteraciones intestinales (3) Alteraciones de la piel (4) Espasticidad (5) Depresión (6) Aislamiento (7) Ideas suicidas (8) Poca adaptación al	Nominal

	entorno (9) Abandono del proceso de rehabilitación	
--	--	--

6.6. Confiabilidad y Validez de los Instrumentos

Para describir la Influencia de la Normatividad de Salud los investigadores diseñaron un cuestionario para tal fin (anexo 1), este cuestionario fue sometido a una evaluación inicial por tres expertos para garantizar la validez interna de tal manera que permitió cumplir los objetivos de esta investigación. También se aplicó una prueba piloto para asegurar que los investigadores recojan la información con la misma interpretación a cada una de las preguntas. La validación externa fue garantizada por el cálculo de la muestra relacionada con la incidencia del TRM que se presenta en la institución donde fue realizado el estudio.

6.7. Recolección de la Información

Para recolectar la información inicialmente se estableció contacto con los posibles participantes, se explicó el objetivo del proyecto, los potenciales riesgos y beneficios que este ofrece y se notificó de información pertinente a cada participante. Se acordó con las personas que decidieron participar que el lugar encuentro fuera posterior a la consulta de la Clínica de Trauma Raquimedular en el HUV y el Centro de Neurorehabilitación “Surgir”. La encuesta fue aplicada en un tiempo de media hora y fue por los propios investigadores.

Para mantener la confidencialidad de los datos suministrados por el participante se les asignó un número serial según el orden en el que se recolectaron los datos. En ningún momento se recolectaron datos de identificación con lo cual se garantizó la

confidencialidad de la información. Posteriormente los datos fueron registrados en una base de datos para su posterior análisis.

6.8 Análisis de la Información

Se realizó un análisis univariado como medidas de tendencia central para la edad y para las otras variables cualitativas se aplicaran promedios, frecuencias y proporciones. Para el análisis de esta información se aplicó Microsoft Excel.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Se realizó el trámite ante el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH) de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y del Hospital Universitario del Valle, además del comité de ética del Centro de Neurorehabilitación “Surgir” instituciones en las que se trabajó, los cuales son rígidamente por la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud. Los investigadores presentaron la documentación exigida por estos Comités.

Se tuvo en cuenta la aplicación del principio de la *Autonomía*, proponiendo la participación libre y voluntaria en el proyecto y la obtención del consentimiento informado por parte de cada una de las personas participantes (Anexo 2). Se explicó a cada individuo mediante el consentimiento informado, el objetivo del estudio, los beneficios y riesgos, aclarando que su participación puede interrumpirse en el momento en el que la persona lo considere. Además, se garantizó absoluta confidencialidad sobre la información obtenida en el cuestionario. También se explicó a la persona que los resultados obtenidos en la investigación, solo fueron utilizados para fines académicos.

Se aplicó el principio de la *beneficencia* explicando a la persona que posteriormente se lograrán generar intervenciones de enfermería con las cuales se pudiera proporcionar una rehabilitación integral de manera oportuna y el cuestionario permitiera obtener la

información necesaria para brindar información a la persona con TRM de tal manera que el proceso de autorización para la rehabilitación sea orientada a luz de las situación real que se presenta en la actualidad. Además, a medida que se tramiten los cuestionarios se aclararon dudas las veces que sea necesario.

Para dar cumplimiento al principio de No Maleficencia, se tuvo en cuenta que este trabajo se consideró una investigación con riesgo mínimo, según la resolución 8430 de 1993, la cual en su artículo 11 clasifica como investigación con riesgo mínimo a *“aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas (como en el caso de dicho estudio), cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”*.

La realización de este trabajo de investigación no representó riesgo físico, psicológico, social, legal o de otro tipo para seres humanos dado que no requirió intervenciones de ningún tipo con las personas relacionadas, y se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos a través del cuestionario para la recolección de los mismo, porque el cuestionario no contiene datos de información personal.

Los datos personales como números de teléfono y direcciones solo fueron conocidos por los investigadores y ninguna otra persona pudo acceder a los mismos. El cuestionario para medir las variables del estudio no tuvo datos de identificación solo un código que permitió procesarlos en una base de datos. De igual manera el consentimiento informado manifestó información que le indico al participante su derecho a retirarse del estudio si al momento de diligenciar el cuestionario de medición de variables referían no sentirse bien y se le preguntara si requiere alguna ayuda.

8. RESULTADOS

Teniendo en cuenta los objetivos planteados mediante los cuales se describió la Influencia de la Normatividad en Salud en la Rehabilitación Integral de las Personas con TRM, a continuación se presenta los mecanismos que estas personas deben realizar para lograr el acceso a la prestación de los servicios, recursos técnicos y tratamiento farmacológicos que le permita la recuperación de la salud física, psicológica y ocupacional brindada por los equipos interdisciplinarios como también se evidencia los tiempos reales que la persona debe esperar para lograr la rehabilitación integral que favorezca prácticas de autocuidado y prevención de complicaciones.

8.1 Caracterización Sociodemográfica

Las personas con TRM del estudio presentaron un promedio de edad de 36 años, la edad mínima fue de 19 y la edad máxima de 64 años, con un coeficiente de variación de 0.30. Del total de la muestra 89% (47) fueron hombres, 66% (35) son solteros, además 79% (41) pertenecen a régimen subsidiado en salud. El nivel medular en que se presentó con mayor frecuencia la lesión fue el torácico con un 50%, seguido del nivel cervical con el 35%. El 94% de estas personas presentaron alteraciones tanto de la movilidad como de la sensibilidad derivadas al trauma, y el 56 % tenían entre 1 a 5 años de tiempo transcurrido de la lesión.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica población con TRM Cali 2014-2015

		Personas	%
Rangos de edad	19-23	6	11%
	24-28	5	9%
	29-33	17	32%
	34-38	11	21%
	39-43	3	6%
	44-48	2	4%

	49-53	3	6%
	54-58	3	6%
	59-64	3	6%
	Total	53	100%
Sexo	Femenino	6	11%
	Masculino	47	89%
	Total	53	100%
Estado civil	Casado	8	15%
	Divorciado	1	2%
	Soltero	35	66%
	Unión Libre	8	15%
	Viudo	1	2%
	Total	53	100%
Tipo de afiliación	Contributivo	11	21%
	Subsidiado	41	79%
	Total	52	100%
Tiempo transcurrido desde la lesión	Menos de 1 año	6	12%
	Entre 1 y 5 años	29	56%
	Entre 5 y 10 años	7	13%
	Más de 10 años	10	19%
	Total	52	100%
Nivel de la lesión	Cervical	18	35%
	Torácico	26	50%
	Lumbar	8	15%
	Total	52	100%

8.2 Mecanismos para acceder a los servicios de rehabilitación integral que cumplen las personas con TRM.

A continuación se describen los mecanismos que utiliza la persona con TRM para acceder a los servicios de atención por equipos interdisciplinarios, tratamientos y recursos técnicos que le permiten la rehabilitación integral.

8.2.1 Atención por equipos interdisciplinarios

Se indago con relación al acceso a la atención por los equipos interdisciplinarios como: medicina física y rehabilitación, fisioterapia, enfermería, psicología, psiquiatría y terapia ocupacional. De estos se evidencio que más del 80% de los pacientes recibió autorización directa de la EPS para atención por fisioterapia y medicina física y rehabilitación. Sin embargo, se evidenció deficiencias para la rehabilitación integral relacionada con psicología y terapia ocupacional. Es así como al 74% (39) la EPS no autorizó la atención por psicología, y de estas, aproximadamente el 36% (13) instauraron una acción de tutela, los otros no recurrieron a ningún otro mecanismo.

Con relación a la terapia ocupacional se encontró que al 58% (31) no les fue autorizado el acceso por parte de la EPS y de estas el 61% (19) decidieron instaurar una acción tutela.

Teniendo en cuenta que Enfermería es una de las especialidades del equipo interdisciplinario de gran importancia en el proceso de rehabilitación integral de la personas con TRM ya que brinda educación a estas personas sobre los cuidados necesarios con respecto a alimentación, cuidados de la piel, vejiga e intestino neurogénico, entre otros, se encontró que el 40%(21) no recibieron atención por esta especialidad posterior al alta hospitalaria.

De las personas del estudio el 75% (40) requirieron cuidados en casa para su proceso de rehabilitación debido a que las lesiones predominantemente en niveles altos comprometió en mayor grado la movilidad y la sensibilidad, lo cual limitó el autocuidado y por consiguiente requirió más apoyo por parte de los equipos de salud en casa, sin embargo, de estos la EPS autorizó cuidado domiciliario al 38%(15), mientras que para el otro 53%(21) fue necesario instaurar acción de tutela para acceder a la prestación de estos servicios.

8.2.2 Acceso a los tratamientos farmacológicos

Entre los medicamentos farmacológicos que las personas con TRM requieren están: medicamentos para el manejo del dolor (pregabalina, tramadol y acetaminfen entre otros), para la espasticidad (Baclofeno) y función intestinal (Bisacodilo).

De acuerdo a las necesidades anteriores se evidencio que 46 personas requirieron manejo farmacológico del dolor, al 78% (36) de las personas la EPS no autorizo de manera directa el suministro de estos medicamentos y de estas el 81% (29) instauraron una acción de tutela.

En cuanto a los medicamentos para la espasticidad se encuentro que 33 personas requirieron estos fármacos. Al 88% (29) no les fue autorizado el suministro por parte de la EPS y de estos el 62%(18) instauraron una acción de tutela.

Con respecto a medicamentos para el funcionamiento del intestino se evidencio que el 77% (41) lo necesitaron, sin embargo, al 66% (27) no se les fue autorizado por la EPS, de ahí que el 74% (20) instauraron una acción de tutela.

8.2.3 Acceso a los recursos técnicos

8.2.3.1 Acceso a los Insumos para el cuidado de la vejiga neurogénica:

Para el cuidado de la vejiga neurogénica en el proceso de rehabilitación integral se requieren insumos como guantes limpios y estériles, sondas, lidocaína, gasas, solución yodada entre otros. En este estudio se evidenció que el 94%(50) requirió de los anteriores insumos y de estos al 76% (38) no se les fue autorizado el suministro por la EPS, como consecuencia, de estas personas el 95%(36) instauraron una acción de tutela.

8.2.3.1 Acceso a aparatos ortopédicos o sillas de ruedas para su movilidad:

Las personas con TRM dependiendo del nivel de la lesión y la correspondiente clasificación ASIA pueden requerir para lograr independencia y calidad de vida de recursos técnicos como aparatos ortopédicos o sillas de ruedas. De acuerdo a esto se evidencio que el 98%(52) personas necesitaron el uso de aparatos ortopédicos o sillas de ruedas para su

movilidad, sin embargo, al 81% (42) no se les fue autorizado por la EPS, de estos al 93% (39) instauraron acción de tutela.

8.3 Tiempos reales que la persona con trauma raquimedular requiere para acceder los diferentes servicios en salud por medio de los mecanismos mencionados anteriormente.

La persona con TRM requiere un proceso de adaptación a un nuevo estilo de vida en donde pueda gozar de una rehabilitación integral, esto se encuentra inmerso en un contexto el cual va a depender de la normatividad actual en salud que le garantice el acceso eficiente y oportuno a los diferentes servicios que su condición demande, de ahí que los diferentes mecanismos que la persona use para acceder a estos servicios exigen un periodo de tiempo que se describe a continuación.

8.3.1 Terapia Física

De 43 personas que respondieron con respecto al tiempo requerido para la autorización por la EPS se obtuvo que al 42% (18) la EPS les dio una respuesta en menos de una semana y a 14% (6) esta respuesta se les prolongó más de un mes. Teniendo en cuenta que 38 personas refirieron acceder a este servicio, el tiempo en el cual se les atendió fue para el 50% (19) menos de una semana y al 24% (9) se prolongó más de un mes.

8.3.2 Terapia psicológica

De acuerdo a lo encontrado se tienen que 12 personas dieron respuesta a esta pregunta, de estos al 42% (5) la EPS les dio una respuesta en menos de una semana en el proceso de autorización al servicio y al 25% (3) este proceso se les prolongó más de un mes. Siendo que 13 personas refirieron acceder a esta terapia, el 76% (10) requirió un periodo de tiempo menor a una semana hasta dos semanas y al 23% (3) este proceso se les prolongo mayor a un mes.

8.3.3 Terapia Ocupacional

De 30 personas que dieron respuesta a esta pregunta se encontró que en el proceso de autorización por la EPS, esta dio respuesta en menos de una semanas al 43% (13), entre 1 y 2 semanas al 33% (10) y prolongándose más de un mes al 7%(2).

Considerando que 20 personas refirieron acceder a este servicio su atención demandando un periodo de tiempo al 40% (8) menor a una semana y al 35% (7) este proceso se prolongó más de un mes.

8.3.4 Tiempo de respuesta de la acción de tutela

La acción de tutela es un mecanismo jurídico por medio del cual se busca proteger los Derechos constitucionales y fundamentales de los individuos cuando éstos son vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.

Durante la rehabilitación del paciente con TRM es frecuente encontrar que las personas refieren que han instaurado una acción de tutela con carácter integral, si bien en los anteriores resultados se presentó de manera específica las acciones instauradas por los participantes del estudio, se hizo un análisis estadístico global para establecer cuantas de estas personas recurrieron a este mecanismos para lograr la rehabilitación integral independiente si es para atención por el equipo interdisciplinario, insumos o recursos técnico encontrándose que el 81% (43) recurrieron a la tutela y que el periodo de tiempo que se requirió para dar repuesta

fue, al 42% (18) entre 1 y 2 semanas, al 28% (12) este proceso se prolongó más de un mes. Por otra parte se analizó la respuesta a las acciones de tutela, sin embargo solo respondieron 38 personas con los siguientes resultados: el 74% (28) obtuvieron una respuesta positiva y el 26% (10) respuesta negativa, de estos últimos se obtuvo que la totalidad recurrieron al DESACATO como mecanismo jurídico adicional para acceder a los servicios de salud.

8.4 Conocimiento sobre las prácticas de cuidado que presentan las personas con TRM.

Las secuelas que dejan el trauma raquimedular demanda acciones de cuidado, intervenciones de equipos interdisciplinarios y recursos técnicos como se ha mencionado anteriormente, permitiendo niveles óptimos de bienestar físico, mental y social, por esto es necesario conocer la realidad de la persona frente a su autocuidado desde su percepción.

El 87% (46) de los pacientes manifestaron conocer los cuidados que deben tener durante su proceso de rehabilitación y 13% (7) desconocen dichas conductas. Entre los cuidados que más describieron por las personas se encuentran cuidados de la piel 76%, nutrición 30% y asepsia durante el cateterismo intermitente 24%.

8.5 Complicaciones en la salud y factores asociados desde la percepción de las personas con TRM

Con respecto a las complicaciones y factores asociados más frecuentes se encontró lo siguiente:

Infecciones urinarias

El 96% (50) de los encuestados presentaron infecciones de este tipo, de estas el 52% (26) lo asociaron al cateterismo (frecuencia y asepsia del cateterismo), el 26% (13) lo relacionaron con alteraciones propias de la lesión y 18% (9) lo relacionaron con demoras en la tramitología de la EPS.

Alteraciones intestinales

El 67% (35) presentaron alteraciones intestinales, de estas 57% (20) lo asociaron a alteraciones propias de la lesión, 23% (8) lo relacionaron a una alimentación inadecuada y 9%(3) lo asociaron a demora en la tramitología por parte de la EPS.

Alteraciones de la piel

El 65% (34) presentaron alteraciones de la piel, de estas 59% (20) lo asociaron a posturas fijas, 21% (7) lo asociaron a alteraciones propias de la lesión y 12%(4) lo asociaron a demoras en la tramitología por parte de la EPS.

Espasticidad

El 54%(28) de los encuestados presentaron espasticidad, de estas 46% (13) lo asociaron a alteraciones propias de la lesión, 18% (5) lo relacionaron a demora en la tramitología por parte de la EPS.

Depresión

El 67% (35) de las personas refirieron haberse sentido deprimidos, de estas 57% (20) lo relacionaron como consecuencia de la lesión presentada, 20% (7) lo asociaron a impotencia ante su estado y 9%(3) lo asociaron a sentirse solos.

Aislamiento social

El 56% (29) refirió haberse sentido aislados, de estas 38% (11) lo asociaron a consecuencia de la propia lesión, 24% (7) lo relacionaron a la soledad y 10% (3) lo asociaron depresión.

Ideas suicidas

Aproximadamente el 37% (19) presentaron ideas suicidas, de estas 58% (11) manifestaron que se debía a su propia condición, 26% (5) lo asociaron a sentirse deprimidos y 16%(3) lo relacionaron con la soledad, discriminación e inconsistencias por la EPS y la atención.

Adaptación

Aproximadamente el 29% (15) percibieron poca adaptación a su entorno asociado a factores como la falta de movilidad, demora en tramitología por parte de la EPS, depresión y condición de vida difícil, entre otros.

Abandono del proceso de rehabilitación

El 35% (18) de la muestra han llegado a abandonar el proceso de rehabilitación, de estas 22% (4) lo asociaron a demora en la tramitología por parte por la EPS, el 17% (3) lo relacionaron a decepción hacia los servicios rehabilitación y 11% (2) lo asociaron a falta de dinero.

Normatividad en salud y proceso de rehabilitación

Se encontró que 67% (35) de las personas refirieron que la actual normatividad en salud les ha ayudado en su proceso de rehabilitación, sin embargo 33% (17) describieron que esta normatividad no les ha ayudado en gran medida.

9 Discusión

En cuanto a las características sociodemográfica se sigue evidenciando que afecta a la población joven, la mayoría son hombres, el nivel de la lesión más afectado es el torácico-cervical y en mayor medida pertenecen al régimen subsidiado, sin diferenciarse estos datos de otros estudios recientes a nivel nacional como el realizado por Carvajal en una Unidad de Cuidado Intensivo de la ciudad de Medellín²⁴ y el estudio descriptivo realizado por Angulo en el Hospital Universitario del Valle en la ciudad de Cali³.

En cuanto a los resultados relacionados con la influencia de la normatividad en salud para la rehabilitación integral de las personas con TRM, se analizó desde el punto de vista de lo que establecen las mismas normas en salud con la realidad de su aplicación, como también con resultados de estudios similares en el contexto Colombiano y que se muestra a continuación:

Teniendo en cuenta lo anterior, la Ley Estatutaria 1618 del 2013 “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”⁸, en el Artículo 9, referente al derecho a la habilitación y rehabilitación integral, estableció que todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Así mismo en el artículo 3-7 de la Resolución 5521 del 2013, se estableció que los servicios de salud deberán ser prestados bajo estándares de calidad que garanticen la oportunidad, accesibilidad, continuidad, integralidad, pertinencia, satisfacción del usuario, entre otros. No obstante, los resultados mostraron que esta normatividad es aplicada de manera parcial en la rehabilitación integral de estas personas como se explica a continuación:

Se pudo establecer que para la atención por parte de los equipos interdisciplinarios pareciera ser que esta normatividad es aplicada únicamente a la atención por parte de medicina física y rehabilitación como también para la fisioterapia, para las cuales tuvieron acceso más del 80% de las personas de este estudio, teniendo en cuenta que estas personas requieren de la atención de otras disciplinas como lo es psicología, terapia ocupacional y enfermería. La misma evidencia científica ha demostrado que estas personas sufren depresión, ira, ansiedad e incluso intentos de suicidio una vez conocen la lesión y sus secuelas a largo plazo que cambian por completo su estilo y calidad de vida. Algunos estudios evidenciaron que la depresión es prevalente hasta en un 43%^{25,26,27}, la ansiedad perdurable en el tiempo en el 33% de estas personas²⁸ y otros manifestaron que la dependencia a otra persona para el autocuidado es un generador de ira por todo el proceso que deben vivir estas personas para reconocer el nuevo cuerpo^{29,22}. Igualmente se demostró que para acceder a esta atención estas personas deben instaurar una acción de tutela, para algunas como terapia ocupacional en el 61% (19) de los casos, y preocupante para psicología el 36% (13) los otros desisten de estos servicios. No obstante estos resultados se presentaron a pesar que la Ley Estatutaria 1618 de 2013 en el Artículo 10-1-d establece que se deben desarrollar políticas y programas de promoción y prevención en salud mental y atención psicosocial para la sociedad. Por otra parte, Espinal³⁰ en la realización de un estudio de tipo cualitativo encontraron que la atención de enfermería solo es reconocida en la fase hospitalaria, o cuando se autoriza el cuidado domiciliario, datos consistentes con los hallazgo de este estudio donde se encontró que el 40% (21) de las personas no recibieron atención por enfermería posterior a la lesión, situación que posiblemente se puede estar presentando porque enfermería no tiene una consulta propia durante la fase de rehabilitación que permita una educación específica.

En cuanto al tratamiento farmacológico que se encuentra sujeto a la reglamentación del Plan Obligatorio de Salud (POS), se evidencio que este no contiene algunos medicamentos que requiere la persona con TRM, como lo son Baclofeno y Pregabalina necesarios para el tratamiento de la espasticidad y el dolor respectivamente; al no incluirse en este sistema, las personas del estudio evidenciaron que al 88% (29) se negó el suministro de medicamento

para la espasticidad y al 78% (36) para el dolor, por lo cual la mayoría acudieron a la acción tutela, mecanismo que retrasa de manera importante la rehabilitación por la afectación psicológica que estos síntomas generan descritos en otros estudios^{25,26,27} quienes identificaron que la principal causa de la depresión es la espasticidad, que afecta el patrón del sueño y la calidad de vida.

Otro de los aspectos que no evidenció congruencia entre la Ley de Estatutaria 1618 del 2013 y las personas en situación de discapacidad es que el Ministerio de Salud y Protección Social como rector del Sistema de salud en su Plan Obligatorio, Plan Decenal de Salud y a su vez los Planes Territoriales en Salud “garanticen la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud así como el suministro de todos los recursos y ayudas técnicas de alta y baja complejidad necesarios para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad con un enfoque diferencial y desarrollo de sus actividades básicas cotidianas”, es el hecho que al 81% (42) de las personas del estudio les fue negado el suministro de ayudas técnicas que les permitiera la movilidad y el desarrollo de actividades cotidianas como son sillas de ruedas y otros aparatos ortopédicos, adicionalmente se encontró muy poca claridad o congruencia con respecto a la consecución o no de estos aparatos ortopédicos o sillas de ruedas a la luz de la normatividad, en tanto que la ley estatutaria 1618 del 2013 anteriormente mencionada que ampara a esta población reglamenta en el Artículo 9 numeral 8 que el Ministerio de salud o quien haga sus veces regulara la dotación, fabricación, mantenimiento o distribución de prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas que suplan o compensen la deficiencia de la persona con discapacidad sin ninguna exclusión, Incluidos zapatos ortopédicos, plantillas, sillas de ruedas entre otro, en contraste el Plan Obligatorio de Salud regido por la resolución 5521 del 2013 y actualmente derogado por la 5592 del 2015 las cuales especifican que no se cubre con cargo a la unidad de pago por captación (UPC) sillas de ruedas, platillas y zapatos ortopédicos, estableciendo que a la luz de la normatividad no es expedito el mecanismo por el cual las personas con TRM pueda acceder a este recurso viéndose obligado a pasar por trabas, demoras y negaciones por parte de su EPS, utilizando como único recurso la acción de tutela para acceder a estos. Siendo esto evidente en el presente

estudio en donde al 93% (39) de las personas que les fue negado el acceso a los aparatos ortopédicos o sillas de ruedas por parte de la EPS, usaron la acción de tutela para acceder a los recursos anteriormente mencionados. Así mismo se tuvo similitud con otros estudios a nivel nacional donde se describe la “dificultad para la consecución de la silla de ruedas a pesar de ser este un dispositivo básico para fomentar su independencia”³⁰, igualmente otro estudio refleja que el 54,5%, que pertenecen al régimen subsidiado evidenciaron “limitaciones por el POS para obtener medicamentos, realizar estudios diagnósticos y conseguir productos de apoyo; a estos se accede la mayor parte de las veces por acción de tutela”³.

En cuanto a los tiempos que las personas con TRM requieren para acceder a los servicios de rehabilitación integral, es importante tener en cuenta que generalmente deben recurrir a instaurar una acción de tutela y los tiempos estarán prolongados en más de un mes para lograr finalmente la atención. De otro lado se realizó un análisis estadístico global que permitió establecer que el 81% (43) de las personas del estudio necesitaron instaurar una acción de tutela integral y 26% (10) desacato, siendo estos datos consistente con lo referido por Espinal³⁰ quien identificó que “los trámites administrativos son el primer y mayor problema ante el cual se enfrentan los pacientes para tener un adecuado tratamiento rehabilitador”. Sin embargo, “a pesar de existir una proliferativa legislación que ordena la protección y garantía de los derechos de la población con discapacidad, en los últimos años se ha venido presentando un incremento en los reclamos por la prestación de diferentes servicios, de tal manera que según la normatividad que ampara la persona con discapacidad se exhorta a las EPS e IPS que deben garantizar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en todos sus procedimientos, lugares y servicios eliminado cualquier acción, medida o procedimiento administrativo que directa o indirectamente dificulte el acceso a la prestación de los servicios de salud”³¹.

Con relación a las complicaciones y los factores asociados desde la percepción de las personas con TRM, los resultados fueron similares a otros estudios en los cuales muestra las principales complicaciones en primer lugar la infección urinaria, seguido de las alteraciones de la función intestinal, alteraciones de la piel, la espasticidad, la depresión, el aislamiento social y las ideas suicidas^{32,33}, sin embargo en este estudio las personas

relacionaron que en algún grado se debe a las barreras en la atención de los servicios de salud complicaciones como la infección urinaria, con un importante porcentaje. Si se tiene en cuenta que para los cuidados relacionados con la vejiga neurogénica se requieren de insumos como sondas para el cateterismo intermitente que en muchas ocasiones requieren incluirlos en la acción de tutela integral y como se menciona anteriormente aquellas personas que recurrieron a este mecanismo tienen demora para iniciar los cuidados requeridos que pueden influir en la presencia de esta complicación y con la necesidad de tratamiento con antibióticos que aumentan los costos e incluso la necesidad de rehospitalización que retarda la rehabilitación³.

Igualmente cuando se compararon los resultados de este estudio con otro de tipo cualitativo se pudo establecer que independiente del tipo de estudios se encuentra similitud, en cuanto a que existen deficiencias en la atención integral conformada por varias especialidades, incluso se menciona del desconocimiento que algunas tienen con relación a la lesión y a la rehabilitación integral, si bien este estudio no incluyo especialidades como urología, se coincidió que la ausencia de la misma es una debilidad y de igual manera se describió la falta de continuidad por parte de los servicios como psicología³⁰.

Finalmente, teniendo en cuenta lo tratado anteriormente se obtuvo para este estudio que el 33% (17) de las personas describieron que la normatividad actual en salud no les ayuda de forma efectiva para la rehabilitación integral, situación preocupante teniendo en cuenta que según la normatividad “El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, asegurará que la prestación de estos servicios se haga con altos estándares de calidad, y sistemas de monitoreo y seguimiento correspondientes”⁸.

10 Conclusiones

- A la luz de la normatividad actual en salud no son expeditos los mecanismos por los cuales la persona con TRM pueda acceder a los diferentes servicios en salud que le permitan una rehabilitación integral, enfrentándose a trabas, demoras y negación por parte de las EPS, viéndose obligado a utilizar un mecanismo adicional como lo es la acción de tutela para tener acceso a dichos servicios.
- En atención por equipos interdisciplinario se describió que la normatividad actual en salud al parecer presenta mayor aplicabilidad con disciplinas como fisioterapia y medicina física y rehabilitación, por el contrario se evidencian deficiencias en la atención por otras disciplinas como Psicología, Terapia ocupacional y Enfermería.
- Un porcentaje de personas posterior a la negación a servicios de salud por parte de la EPS decidieron no realizar ningún otro proceso ni acudir a otro mecanismo para adquirir dichos servicios, quedando finalmente sin estos o asumiendo sus costos de manera particular, situación que los lleva a reconocer que la actual normatividad en salud no les ha ayudado de manera efectiva en la rehabilitación integral.

11 Recomendaciones

- Se hace pertinente abordar la accesibilidad a la rehabilitación integral de las personas con TRM a la luz de las nuevas normatividades en salud como es la resolución 5592 del 20015 que rige el POS a partir del año 2016 y a su vez confrontarlo con la ley 1751 del 2015 donde se establece la salud como un derecho fundamental entrando en vigencia a partir de enero del 2016.

12 Limitaciones

- Se considera que fue una limitación del estudio el hecho que al aplicar el instrumento no todas las personas contestaron la totalidad de las preguntas, obteniendo en algunas respuestas la totalidad de la muestra y otras no como ocurrió en la variable tiempo donde no se pudo determinar con precisión los tiempos que demanda la persona con TRM para tener acceso a la atención por los diferentes servicios, pues la cantidad de personas que lo refirieron no es estadísticamente significativa.

13 Referencias Bibliográficas

1. Hospital Universitario del Valle (2013). Base de datos Estadística del ingreso de pacientes con trauma Raquimedular.
2. Santacruz, L. Herrera, A. Trauma Raquimedular. Trauma: abordaje inicial de los servicios de urgencias. [Internet]. 2013[Consultado el 20 de Diciembre] (259-271). Disponible en: <http://salamandra.edu.co/CongresoPHTLS2014/Trauma%20Raquimedular.pdf>
3. López CB, Loaiza GE, Torres AR, Helena L, González R. Ruta crítica en la rehabilitación de las personas con trauma raquimedular (TRM) del Hospital Universitario del Valle (HUV), Colombia Critical path in the rehabilitation of persons with. [Internet]. 2013[Consultado el 20 de Diciembre]; 23(2):106–10.. Disponible en: <http://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/72>
4. Ávila-Agüero ML. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta Med Costarric [Internet]. 2009 [Consultado el 22 de Diciembre]; 51(2):71–3. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S000160022009000200002&script=sci_arttext
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>
5. Salud C de regulacion en. Pos. [Internet]. 2012[Consultado el 20 de Diciembre]; Disponible en: http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2012/Lo_que_Ud_debe_saber_sobre_el_POS_2012.pdf
6. Angulo B, Arango GP, Bolaños AM, Reyes A, Rico C, Rojas LH. Percepción del paciente con trauma raqui- medular (TRM) y su familia y / o cuidador en torno al proceso de rehabilitación. Rev Colomb Med Física y Rehabil. [Internet]. 2013[Consultado el 20 de Diciembre]; 23(2):111–7. Disponible en: <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/73>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5521 del 27 de Diciembre del 2013. [Internet]. 2013 [Consultado 19 de enero de 2015]; 1–146. Available from:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolución 5521 de 2013.pdf>

8. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1618 Del 27 De Febrero 2013. J Chem Inf Model [Internet]. 2013 [Consultado 19 de enero de 2015]; 53(1618):24. Available from: <https://docs.google.com/file/d/0B6swDua0jpC-XzdLUmFtM292TTg/edit>
9. Molina Marín G, Cabrera Arana GA. Una aproximación al análisis de políticas públicas. Políticas públicas en salud aproximación a un análisis [Internet]. 2008[Consultado 19 de enero de 2015]; 3–6. Available from: http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/li/SS2008_Li_Molina.pdf
10. Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing Science, [Internet]. [Consultado 19 de enero de 2015]; 14(1), 1-6. Disponible en: http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/citation/1991/09000/the_focus_of_the_discipline_of_nursing.2.aspx
11. Fawcett, J. (2000). Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories. FA Davis.
12. Rodriguez Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoria de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoria de mediano rango para la enfermeria profesional en Chile. Enferm Glob. [Internet]. 2012 [Consultado 19 de enero de 2015] ;11(4):316–22. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo2.pdf>
13. Verano, C. (2012). Teoría de los cuidados de K. Swanson [blog en internet]. 2012[Consultado 19 de enero de 2015]. Disponible en: <http://teoriakristenmswanson.blogspot.com/p/la-teoria-del-cuidado.html>
14. Lavanderos J, Muñoz S, Vilches L, Delgado M, Cárcamo H K, Passalacqua S, et al. ARTÍCULO DE ACTUALIZACIÓN Traumatismo raquímedular. Cuad Cir.[Internet]. 2008 [Consultado el 26 de Diciembre del 2014]; 22:82–90. Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art12.pdf>
15. Valencia J, Lopez M. Complicaciones en el trauma raquímedular. Rev CES Mov y Salud. [internet].2013 [Consultado el 27 de Diciembre del 2014] ;1(1):44–51.Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoysalud/article/view/2489>
16. Alberto. Pérez EMMRJ. Rehabilitacion en trauma raquímedular. Ascofame [Internet]. 1999; Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/reh_trauma_raquimedular.pdf R

17. Barnés, J., Repercusión biológica, psicológica y socioeconómica de la lesión medular espinal: Consideraciones bioéticas. [Monografía]. [Consultado el 18 de enero 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos60/lesion-medular/lesion-medular2.shtml>
18. Castillo C. Rehabilitación Integral de la Persona con Discapacidad [Internet]. 1997 [Consultado el 28 de diciembre del 2014]; 75: 103- 112. Disponible en: <http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/75/castillo.pdf>
19. Ana A, Sánchez M, Jiménez MP, Sánchez LF. Factores que intervienen en el afrontamiento de la lesión medular traumática Factors that influence on the confrontation the spinal cord injury INTRODUCCIÓN La Lesión Medular es la discapacidad física adquirida que ha sido objeto de más observación , inve. en [Internet]. 2011 [consultado el 5 de enero del 2015]; (1):1–9. Available from: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/537/526>
20. Velásquez Bonilla NJ, Tabares GI. Guía De Evaluación , Manejo Y Rehabilitación. [Internet]. 2013. [consultado el 22 de Diciembre del 2014]; Available from: <http://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/TRAUMA-RAQUIMEDULAR.pdf>
21. Centro integral de rehabilitación de Colombia. CIREC. Protocolo de Atención de Trauma Raquimedular Gestión de Servicios. [Internet]. 2013. [consultado el 22 de Diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.cirec.org/kawak/files/PDF/537.pdf>
22. Gifre M, del Valle Gómez A, Yuguero M, Gil Á, Monreal P. Quality of life improvement in people with spinal cord injury: The transition from rehabilitation hospital to the everyday life from users' perspective. Athenea Digit Rev Pensam e Investig Soc [Internet]. 2010;15(18):3–15. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3687178&info=resumen&idioma=ENG>
23. Esteban, José Manuel , Ramirez, Dulce y Sánchez F. Guía de buena práctica clínica en atención primaria [Internet]. Atención Primaria De Calidad. 2005. 170 p. Available from: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
24. Carvajal C, Pacheco C, Gómez-Rojo C. Características clínicas y demográficas de pacientes con trauma raquimedular. Acta Médica Colomb [Internet]. 2015;40(1):45–50. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v40n1/v40n1a09.pdf>
25. Mahoney JS, Engebretson JC, Cook KF, Hart KA, Robinson-Whelen S, Sherwood AM. Spasticity Experience Domains in Persons With Spinal Cord Injury. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2007[Consultado el 29 mayo del 2016]; 88(3):287–94. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999306015899>

26. Craig a, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. [Internet]. 2009[Consultado el 29 mayo del 2016]; 47(2):108–14. Disponible en: <http://www.nature.com/sc/journal/v47/n2/pdf/sc2008115a.pdf>
27. Investigaci CDE. influyen en la rehabilitación de las personas con trauma raquimedular F actores fisiológicos y psicológicos que. [Internet]. 2016[Consultado el 16 de junio del 2016]; 2016;47–52. Disponible en: <http://www.revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/viewFile/2465/2160>
28. Herrera B, Tirzo A, Enríquez M. Evaluación de la calidad de vida en lesionados medulares. *Acta ortopédica Mex* [Internet]. 2004 [Consultado el 29 mayo del 2015]; 18. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2004/or042f.pdf>
29. MARÍA ELISA MORENO-FERGUSON MCDPAR. Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: significado de los cambios*. *AvEnferm* [Internet]. 2012[Consultado en mayo del 2016]; XXX (1)(1):82–94. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a09.pdf>
30. Espinal Gil AL. Evaluación cualitativa de la rehabilitación en pacientes con trauma raquimedular. [Internet]. 2015[Consultado en mayo del 2016]; 195. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46635/>
31. Minsalud M de S. Circular Externa 0010 De 2015 [Internet]. 2015[Consultado en mayo del 2016]; Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/circular_externa_0010_de_2015.pdf
32. Bolinger, R., & Engberg, S. (2013). Barriers, complications, adherence, and self-reported quality of life for people using clean intermittent catheterization. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(1), 83-89. Disponible en: http://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2013/01000/Barriers,_Complications,_Adherence,_and.11.aspx
33. Rabadi, M. H., & Vincent, A. S. (2011). Do vascular risk factors contribute to the prevalence of pressure ulcer in veterans with spinal cord injury?. *The journal of spinal cord medicine*, 34(1), 46-51. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/107902610X12923394765652>

14 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Diciembre 2014 Febrero 2015	Marzo – Abril 2015	Mayo a Junio de 2015	Julio a Enero. 2016	Febrero a Mayo 2016	Junio 2016
Diseño del proyecto.	X					
Consulta bibliográfica.	X	X	X	X	X	X
Aval del Comité de Ética de la Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle y Comité de Investigaciones del centro de Neurorehabilitación SURGIR.		X				
Validación del cuestionario por expertos		X				
Recolección de la información.				X		
Análisis de la información.					X	
Socialización de los resultados.						X
Informe final y publicación de artículo.						X

15 PRESUPUESTO GENERAL

RUBROS	FUENTES		
	Contrapartida en especie	Otras fuentes	Total
PERSONAL:			
Directora del Proyecto	\$ 924.000		
2 Investigadores Principales	\$1.056.000		\$2.904.000
Asesor Metodológico	\$ 924.000		
Material y transporte (para personal que recolecta la información)	\$ 832.800		\$ 832.800
TOTAL			\$ 3.736.800

a. Descripción de los gastos de investigadores (en miles de \$)

Nombre del participante	Formación académica	Función dentro del proyecto	Dedicación (en h/s)	Recursos en especie
Consuelo Burbano López	Especialista en Cuidado Crítico y Mg en Enfermería	Directora del Proyecto	2hs/sem/ x 66 sem x \$7.000 hora	\$924.000
YamithStivenVinasco	Estudiante pregrado	Investigador Principal	2hs/sem/ x 66 sem x \$4.000 hora	\$528.000
Juan David Ramírez	Estudiante pregrado	Investigador Principal	2hs/sem/ x 66 sem x \$4.000hora	\$528.000
Estadístico	Estadístico -	Asesor	2hs/sem/	\$924.000

	Epidemiólogo	Metodológico	x 66 sem x \$7.000 hora	
--	--------------	--------------	--	--

b. Materiales y transporte (en miles de \$)

Rubro	Cantidad	Valor/unidad	Valor total \$
Fotocopia Formatos	328	\$ 100	\$ 32.800
Papel Impresora	2 Resmas	\$ 10.000	\$ 20.000
Lapiceros	1 Caja (6 und)	\$ 10.000	\$ 10.000
Cartucho de Impresora	2 Cartuchos	\$ 85.000	\$ 170.000
Transporte		\$ 600.000	\$ 600.000
Total			\$ 832.800



NORMATIVIDAD EN SALUD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL: UNA MIRADA DESDE LA PERSONA CON TRAUMA RAQUIMEDULAR

Anexo 1: Cuestionario

1. Indique la edad en años cumplidos _____
2. Seleccione su sexo
 - (1) Femenino _____
 - (2) Masculino _____
3. Indique su estado civil actual:
 - (1) Soltero _____
 - (2) Casado _____
 - (3) Unión Libre _____
 - (4) Viudo _____
 - (5) Divorciado _____
4. Señale el tipo de afiliación actual al sistema de salud:
 - (1) Contributivo _____
 - (2) Subsidiado _____
 - (3) Sin afiliación _____
- 5.Cuál es la Entidad Promotora de Salud (EPS) que le autoriza el tiramiento:

6. Cuál es la Institución Prestadoras de Salud (IPS) a la cual lo han remitido su EPS:_____

7. Conoce usted a que nivel de la columna tiene la lesión:_____

8. Conoce usted cuales son los cuidados que debe tener con esta lesión:

(1) Si:____, cuales:_____

(2) No ____

9. Presenta usted alteraciones de la movilidad derivada del TRM?

(1) Si _____

(2) No_____

10. Usted presenta alteración de la sensibilidad derivada del TRM?

(1) Si: ____

(2) No:_____

11. Tiempo transcurrido desde que sufrió la lesión:

(1) Numero en meses:_____

12. Durante la hospitalización posterior al trauma, usted recibió alguna intervención por parte de:

(1) Psicología _____

(2) Psiquiatría _____

(3) Enfermería _____

(4) Fisioterapia _____

(5) Medicina fsiatra _____

(6) Terapia ocupacional _____

(7) No ha recibido atención_____

13. Luego del alta hospitalaria usted recibió atención por:

- (1) Psicología _____
- (2) Psiquiatría _____
- (3) Enfermería _____
- (4) Fisioterapia _____
- (5) Medicina fisiatra _____
- (6) Terapia ocupacional _____
- (7) No ha recibido atención_____

14. Actualmente usted está recibiendo atención por:

- (1) Psicología _____
- (2) Psiquiatría _____
- (3) Enfermería _____
- (4) Fisioterapia _____
- (5) Medicina fisiatra _____
- (6) Terapia ocupacional _____
- (7) No recibe atención_____

15. Su Entidad Promotora de Salud le autorizo los insumos (sondas desechables, guantes, lidocaína) para el cuidado de su aparato urinario:

- (1) Si: _____, Cuales:_____
- (2) No:_____, Conoce porque:_____
- (3) No necesito:_____

16. Su Entidad Promotora de Salud le autorizo el acceso de los insumos (medicamentos para el estreñimiento, otros) para el cuidado de su función intestinal

(1) Si: ____, Cuales:_____

(2) No: ____, Conoce porque:_____

(3) No necesito:_____

17. Su Entidad Promotora de salud le autorizo los medicamentos para el manejo del dolor.

(1) Si: ____, Cuales:_____

(2) No: ____, Conoce porque:_____

(3) No necesito:_____

18. Su Entidad Promotora de Salud le autorizo medicamentos para el manejo de la espasticidad. (rigidez muscular)

(1) Si: ____, Cuales:_____

(2) No: ____, Conoce porque:_____

(3) No necesito:_____

19. Su Entidad Promotora de Salud le autorizo de aparatos ortopédicos o silla de ruedas, para su movilidad

(1) Si: ____ Cuales:_____

(2) No: ____, Conoce porque:_____

(3) No necesito:_____

20. Para acceder a la valoración por especialista ha tenido que pasar por:

(1) Esperar autorización del comité técnico científico:_____

(2) Acción de tutela:_____

(3) Ninguno :_____

21. Para acceder a aparatos de apoyo o dispositivos necesarios para su movilidad ha tenido que pasar por:

(1) Esperar autorización del comité técnico científico:_____

(2) Acción de tutela:_____

(3) Ninguno:_____

22. Para acceder insumos (sondas desechables, lidocaína, guantes) para el cuidado de su aparato urinario ha tenido que pasar por:

(1) Esperar autorización del comité técnico científico:_____

(2) Acción de tutela:_____

(3) Ninguno:_____

23. Para acceder insumos (medicamentos para el estreñimiento, otros) para el cuidado de su función intestinal ha tenido que pasar por:

(1) Espera autorización del comité técnico científico:_____

(2) Acción de tutela:_____

(3) Ninguno:_____

24. Para acceder a medicamentos para el manejo de la espasticidad muscular (rigidez muscular) ha tenido que pasar por:

(1) Espera autorización del comité técnico científico:_____

(2) Acción de tutela:_____

(3) Ninguno:_____

25. Para acceder a los medicamentos para el manejo del dolor ha tenido que pasar por :

(1) Esperar autorización del comité técnico científico:_____

(2) Acción de tutela:_____

(3) Ninguno:_____

26. Su Entidad Promotora Salud (EPS) le autorizo el acceso a terapias con Psicología:

(1) Si:_____, Cuantas:_____

(2) No:_____, Conoce porque:_____

27. Para acceder a la sesiones con psicología ha tenido que pasar por:

(1) Esperar autorización del comité técnico científico:_____

(2) Acción de tutela:_____

(3) Ninguno :_____

28. Su Entidad Promotora de Salud (EPS) le autorizo el acceso a sesiones con Terapia ocupacional:

(1) Si:_____, Cuantas:_____

(2) No:_____, Conoce porque:_____

29. Para acceder a la sesiones con terapia ocupacional ha tenido que pasar por:

(1) Esperar autorización del comité técnico científico:_____

(2) Acción de tutela:_____

(3) Ninguno :_____

30. ¿En su proceso de rehabilitación ha requerido cuidados en casa?

(1) Si:_____, Cual:

(2) No:_____

31. En caso que la anterior pregunta sea positiva, fue necesario pasar por :

(1) Autorizo la EPS de manera directa:_____

(2) Comité técnico científico:_____

(3) Acción de tutela:_____

(4) Otros:_____

32. Tiempo en el cual la EPS le autorizó las terapias para la rehabilitación integral(terapia física, psicológica y ocupacional):

(1) Tiempo en número de días para la terapia física: _____

(2) Tiempo en número de días para la terapia psicológica: _____

(3) Tiempo en número de días para la terapia ocupacional: _____

(4) Tiempo en número de días para el cuidado en casa:_____

33. Tiempo en número de días en el cual fue atendido por:

(8) Psiquiatría: _____

(9) Psicología:_____

(10) Enfermería: _____

(11) Fisioterapia:_____

(12) Medico fisiatra:_____

(13) terapia ocupacional:_____

(14) No aplica:_____

34. Si usted acudió al comité técnico científico ¿En cuánto tiempo le dieron respuesta?:

(1) Número de días:_____

(2) No aplica:_____

(3) Cual fue la respuesta:_____

35. Si usted acudió a la Acción tutela ¿En cuánto tiempo le dieron respuesta?:

(1) Número de días: _____

(2) No aplica: _____

(3) Cual fue la respuesta: _____

Si ha presentado demoras por alguno de los proceso de carácter administrativo (autorización de EPS, Comité Técnico Científico, Tuteles) anteriormente mencionados, conteste las siguientes preguntas:

Durante el tiempo invertido en los procesos administrativos usted presento alguna situación o complicación como:

36. ¿Infecciones urinarias?

(1) Si _____ cual sería la razón:

(2) No _____

37. ¿Alteraciones intestinales (estreñimiento, diarreas, infección)?

(1) Si _____ cual sería la razón:

(2) No _____

38. ¿Alteraciones de la piel como Ulceras por Presión?

(1) . Si: _____ cuál sería la razón

(2) No: _____

39. ¿Rigidez muscular como Espasticidad?

(1) Si: _____ cuál sería la razón

(2) No: _____

40. ¿Ha sentido Depresión?

(1) Si: _____ cuál sería la razón

(2) No: _____

41. ¿Se ha alejado de las personas a su alrededor?

(1) Si: _____ porque:

(2) No: _____

42. Usted alguna vez ha pensado en quitarse la vida

(1) Si:____ porque:

(2) No:____

43. ¿Ha percibido poca adaptación a su entorno?

(1) Si: ____

(2) No:____ porque:

44. ¿Ha abandonado su proceso de rehabilitación?

(1) Si: _____ porque:

(2) No:_____

45. ¿Usted cree que la actual normatividad en la prestación de servicios de salud le ayudo a mejorar su proceso de rehabilitación?

(1) Si:_____

(2) No:_____



NORMATIVIDAD EN SALUD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL: UNA MIRADA DESDE LA PERSONA CON TRAUMA RAQUIMEDULAR

Anexo 2: Acta de Consentimiento Informado

Señor participante: _____

Nosotros los estudiantes Yamith Stiven Vinasco y Juan David Ramírez, estudiantes de Enfermería de la Universidad del Valle en este momento nos encontramos realizando un estudio denominado **“Normatividad en salud y rehabilitación integral: una mirada desde la persona con Trauma Raquimedular”**. Esta investigación, la estamos realizando con el fin de conocer que aspectos de la rehabilitación integral que usted requiere pueden estar siendo afectados por las normas establecidas por el Estado para la prestación de los servicios de salud, como también las barreras y facilitadores que usted encuentra en esta norma, para este trabajo se requiere de la participación de 51 personas que como usted sufrieron este tipo de trauma y actualmente están en proceso de rehabilitación.

Si usted acepta ser parte del estudio, usted deberá responder el formato de preguntas que le será entregado por los investigadores, para lo cual requerirá entre 30 minutos en total para que usted pueda responder. Se solicita que la información suministrada sea verídica y acorde a su situación. El diligenciamiento de este formato se puede realizar en su casa, en el sitio donde usted realiza la rehabilitación como el Hospital Universitario del Valle o el Centro de Neurorehabilitación “Surgir”, después de su cita a la consulta o en otro lugar que usted considere conveniente. La información que usted proporcione solo será utilizada para los propósitos de la investigación; además, su nombre no será publicado.

Debe saber que su participación dentro esta investigación no le representa riesgo físico, psicológico, social, legal o de otro tipo, y se garantizará confidencialidad de los datos obtenidos porque el instrumento no contiene datos de información personal.

Le recuerdo que la participación en la investigación es voluntaria y en caso de que decida retirarse lo podrá hacer en cualquier momento.

Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en el estudio pero tampoco le implicará gastos; tendrá derecho a recibir nueva información, si así la hubiera y de la manera más oportuna, acerca de modificaciones que se hagan dentro de la estructura de la investigación.

Su participación es muy importante para poder mejorar la rehabilitación que actualmente se brinda a todas las personas que presenta trauma de la médula y por lo tanto se podrá establecer mejores pautas para el cuidado. Además, los resultados de esta investigación podrán servir de base para el desarrollo de futuros avances en salud y otras investigaciones para lo cual le solicitamos su autorización.

Agradecemos su colaboración.

Si desea mayor información usted puede llamar a los teléfonos de los investigadores principales: Yamith Stiven Vinasco al 3217783582 y Juan David Ramírez al 3162587573 a cualquier hora del día, a la directora del proyecto Consuelo Burbano al 313 706 7786, así como también puede comunicarse al teléfono del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (**CIREH**): 5185677 en Cali. A estos teléfonos de igual manera podrá comunicarse en caso que presenta alguna molestia emocional por dar respuesta a los instrumentos.

Por favor conserve la copia que se le entrega de este documento.

Yo _____ identificado (a) con c.c. _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior, se me han resuelto mis interrogantes de manera satisfactoria, me aclararon que los resultados consignados podrán ser publicados o difundidos con el único propósito de la investigación y protegiendo mi identidad.

Por lo anterior decido participar de manera voluntaria de este proyecto de investigación.

Firma y CC de la Persona Participante.

Nombre Testigo 1

Firma y CC del Testigo.

Nombre Testigo 2

Firma y CC del Testigo.



NORMATIVIDAD EN SALUD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL: UNA MIRADA DESDE LA PERSONA CON TRAUMA RAQUIMEDULAR

Anexo 3

Preguntas para desarrollar por el investigador sobre la participación de sujetos humanos en investigación

Proporcione una descripción detallada de la participación de sujetos humanos incluyendo número, edad, sexo, grupo étnico y estado de salud.

Respuesta:

La muestra está conformada por 51 personas mayores de 18 años, hombres y mujeres sin diferenciar grupo étnico, atendidas en la clínica de Trauma Raquimedular de la unidad de rehabilitación del Hospital Universitario del Valle.

Identifique las fuentes de Materiales para la Investigación propuesta que se obtendrá de seres humanos como muestras clínicas, datos, historias clínicas: Identifique si este material será obtenido específicamente para propósitos de investigación o si se utilizarán muestras, datos, etc., existentes o tomados para otros propósitos.

Respuesta:

Las fuentes materiales para recolectar la información será un instrumento diseñado por los investigadores y sometido tanto a validación interna por expertos como a una prueba piloto. Luego datos obtenidos serán consignados a través del programa Microsoft Excel. Éstos sólo serán utilizados con el propósito de ésta investigación. No se obtendrá ningún otro tipo de muestra.

Describa los planes para el reclutamiento de los participantes en el estudio, y los procedimientos para informar y obtener el consentimiento informado ¿Qué información será proporcionada al participante potencial? ¿Quién comunicará esta información y obtendrá el consentimiento? ¿Cómo se documentará el consentimiento?

Respuesta:

Inicialmente se ubicará a los posibles participantes en la Clínica de Trauma Raquimedular el Hospital Universitario del Valle o en el Centro de Neurorehabilitación “Surgir”, los investigadores les comentarán de los objetivos del estudio y la importancia de esta información para brindar un mejor cuidado desde enfermería a otras personas que sufran este trauma y les permita una rehabilitación tan completa posible como oportuna y puedan lograr una mejor calidad de vida. En caso que las personas acepten participar, los investigadores les presentarán y explicarán el documento de consentimiento informado (anexo 2).

Sin embargo la recolección de la información se realizará una vez se obtenga el aval de los Comités de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, del Hospital Universitario del Valle y del Centro de Neurorehabilitación “Surgir”.

Describa los riesgos potenciales físicos, psicológicos, sociales, legales u otro y evalúe su probabilidad y gravedad. Cuando sea apropiado, indique tratamientos y/o procedimientos alternativos que podrían ofrecer ventajas al participante.

Respuesta:

La realización de este trabajo de investigación no representa riesgo físico, psicológico, social, legal o de otro tipo para seres humanos dado que no requiere intervención de ningún tipo con las personas relacionadas y se garantizará confidencialidad de los datos obtenidos porque el instrumento de recolección de la información no contiene datos de información personal.

Describa los procedimientos para proteger a los participantes de riesgos potenciales y para minimizar los riesgos, incluyendo riesgos de confidencialidad y evaluar su probabilidad de ser efectivos. Cuando sea apropiado, indique las medidas para asegurar la provisión de atención médica en el caso de efectos adversos a los participantes. También, cuando sea el caso, debe indicar las provisiones para monitorear los datos obtenidos en el transcurso del estudio para asegurar la seguridad de los participantes.

Respuesta:

El instrumento para medir las variables del estudio no tendrá datos de identificación solo un código que permitirá procesarlos en una base de datos. De igual manera el consentimiento informado contiene información que le indica al participante su derecho a retirarse del estudio si al momento de la encuesta para diligenciar el instrumento de medición de variables manifiesta no sentirse bien y se le preguntara si requiere alguna ayuda.

Indique por qué los riesgos a los sujetos participantes son razonables con relación a los beneficios para ellos y con relación a la importancia del conocimiento que podrían esperar de la investigación.

Respuesta:

A pesar que se establecerá contacto directo con los pacientes las personas no tendrán ningún riesgo así como no obtendrán ningún beneficio de manera directa. El beneficio derivado de este trabajo de investigación es que se podrá conocer la manera en la que influye la Normatividad Política de Salud en la rehabilitación integral de las personas con TRM, para incluir información en guías de cuidado que involucre orientaciones específicas para que estas personas tenga acceso a los servicios de rehabilitación integral de manera oportuna y eficiente.

Indique si se ha iniciado la realización del proyecto.

Respuesta: Los investigadores no iniciarán la recolección de los datos para la investigación hasta obtener el aval por parte del Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle, por el Comité de Ética del Hospital Universitario del Valle y del Centro de Neurorehabilitación “Surgir”.

Anexo 4

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR

Nombre

MARGOTH CONSUELO BURBANO LÓPEZ

Título de pregrado

ENFERMERA

Títulos de
Postgrado:

ESPECIALISTA EN CUIDADO CRÍTICO DEL ADULTO
MAGISTER EN ENFERMERÍA

Vinculación con el proyecto

Investigador Principal:

☐

Asesor Metodológico:

☐

Co-Investigador:

☐

Director de proyecto:

☒

Asesor Temático:	☐	Estudiante Postgrado:	☐	Estudiante Pregrado:	☐
------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

Anexo 5

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR

Nombre	Yamith Stiven Vinasco
--------	-----------------------

Título de pregrado	Estudiante de Enfermería
--------------------	--------------------------

Títulos de Postgrado:	
-----------------------	--

Vinculación con el proyecto	Investigador Principal:	☒
-----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Asesor Metodológico:	☐	Co-Investigador:	☐	Director de proyecto:	☐
----------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Asesor Temático:	☐	Estudiante Postgrado:	☐	Estudiante Pregrado:	☒
------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------------

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR

Nombre

Juan David Ramírez

Título de pregrado

Estudiante de Enfermería

Títulos de
Postgrado:

Vinculación con el proyecto

Investigador Principal:

X

Asesor Metodológico:

Co-Investigador:

Director de proyecto:

Asesor Temático:

Estudiante Postgrado:

Estudiante Pregrado:

X

Anexo 6. Autorización de las instituciones de salud.

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana Facultad de Salud	 UNIVERSIDAD del VALLE
ACTA DE APROBACIÓN N° 005 - 2015	
Proyecto:	INFLUENCIA DE LA NORMATIVIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA CON TRAUMA RAQUIMEDULAR
Sometido por:	MARGOTH CONSUELO BURBANO LOPEZ / JUAN DAVID RAMIREZ / YAMITH STIVEN VINASCO
Código interno:	025 - 015
Fecha en que fue sometido:	13 / 04 / 2015
El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.	
Este Comité certifica que:	
1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:	
☒ Resumen del proyecto	☒ Protocolo de investigación
☒ Formato de consentimiento informado	☒ Instrumento de recolección de datos
☐ Folleto del investigador (si aplica)	☒ Cartas de las instituciones participantes
☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)	
2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:	
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente Clasificación de Riesgo:	
☐ SIN RIESGO	☒ RIESGO MÍNIMO
☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO	
4. Que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.	
5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.	
6. Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de las sujetos involucrados en este estudio.	
7. Informará inmediatamente a las directivas institucionales:	
a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.	
b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.	
8. Informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:	
a. Lesiones a sujetos humanos.	
Calle 4B 36 -00 edificio Decanato Teléfono: 5185677 email: eticasalud@univalle.edu.co	



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
 9. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de 1 año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
 10. El investigador principal deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:

M. Florencia Velasco de Martínez
Nombre: **MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ**

Fecha:

19 08 2015

Capacidad representativa:

PRESIDENTA

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:

Hernán J. Pimentel
Nombre: **HERNAN J. PIMENTEL**

Fecha:

19 08 2015

Capacidad representativa:

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD

Teléfono: 5185680



[03.01]

PARA: JUAN DAVID RAMÍREZ. Investigador Principal.

DE: Comité de Investigaciones.

Asunto: Respuesta del Comité de Investigaciones.

Cordial saludo.

El Comité de Investigaciones del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E ha revisado y evaluado detalladamente el proyecto de investigación titulado "Influencia de la Normatividad de Salud en Rehabilitación Integral de la Persona con Trauma Raquimedular" y ha determinado que el contenido del proyecto es apropiado y pertinente, así como también cumple con los requisitos y estándares de calidad solicitados por el Comité, por lo cual avala la presentación del mismo ante el Comité de Ética del hospital.

Atentamente,

Adolfo González Hadad, MD.
Gerente Académico

Proyectó: Paul Esteban Muñoz Urbano.
Revisó: Mónica Andrea Morales García.
Santiago de Cali, 09 Septiembre del 2015.



CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN

SURGIR

PSICOTERAPIA – FONOAUDIOLÓGICA – TERAPIA OCUPACIONAL – PSICOLÓGICA
EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA – APOYO PEDAGÓGICO

Cali, Octubre 22 de 2015.

Señoras
Escuela de Enfermería
Universidad del Valle
Attn: Drcs Consuelo Burbano López
Cali - Colombia

Asunto: Aval y compromiso institucional del proyecto *"Influencia de la normatividad de salud en la rehabilitación integral de la persona con Trauma Raquímodular"*

Respetados profesores,

Por medio de la presente presento las intenciones de aceptar la realización, en nuestra institución, del proyecto titulado *"Influencia de la normatividad de salud en la rehabilitación integral de la persona con Trauma Raquímodular"* a cargo de los estudiantes de Enfermería Yamith Sívion Vinasco y Juan David Ramírez.

De la misma forma, me permito establecer los compromisos de cada institución:

- Uso de instalaciones del Centro de Neurorehabilitación SURGIR para llevar a cabo las aplicación de los instrumentos en el transcurso del desarrollo del proyecto, previa firma del consentimiento informado de parte de los pacientes.
- Socialización del proyecto por parte de los investigadores, a la comunidad de terapeutas de SURGIR, previa definición de la fecha y hora.
- Entrega en CD de la investigación y socialización de los resultados de la misma a la comunidad de terapeutas de la institución.

Atentamente,

Marcela Bolaños Roldán

Coordinadora Unidad de Conocimiento
CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN SURGIR

www.surgir.net

SEDE GUADALUPE:
Calle 1A No. 55B-118
Tels: 379 76 76

SAN FERNANDO 1:
Cr. 37 No. 583-56 B/ San Fernando
Tels: 514 34 00

SAN FERNANDO 2:
Cra 37 No. 584-06 B/ San Fernando
Tels: 371 25 55