

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SALUD

Trabajo de Investigación

**Creación de una estrategia de gestión integral para la
atención (primaria) de salud de las personas con
discapacidad de la DIRIS Lima Norte**

Jose Miguel Matamoros Vera
Mailin del Carmen Oropesa Angel Bello

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gestión Pública y Privada de la Salud

Huancayo, 2021

Repositorio Institucional Continental
Trabajo de investigación



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Asesor

Mg. José Castro Quiroz

Dedicatoria

A todas las personas que han dejado huella en nosotros, formando estos amalgamados seres que ilustran luces y sombras; las mismas que confluyen para formar lo que hoy somos, gracias a ustedes.

Agradecimiento

“Primeramente damos gracias a Dios por permitirnos tener una buena experiencia dentro de la Escuela de Posgrado. Gracias a Dios por nuestras vidas, nuestra salud y la oportunidad realizar nuestras metas profesionales. Gracias a nuestras familias, amigos y maestros por su apoyo incondicional.

Índice

Asesor.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice de Tablas.....	x
Índice de Figuras	xiii
Resumen	xiv
Abstract.....	xvi
Introducción	xviii
Capítulo I Generalidades	22
1.1. Antecedentes	22
1.1.1. A nivel internacional.....	22
1.1.2. A nivel de América Latina.	27
1.1.3. A nivel de Perú.	33
1.2. Identificación de la Realidad – Problema.....	35
1.2.1. Realidad actual a través de datos Estadísticos.	35
1.2.2. Realidad problema a través del PPR 0129 Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad.....	45
1.2.3. Problemática de la Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en actividades de RBC.	48
1.2.4. Problemática de las Visitas a familias para la rehabilitación basada en la comunidad.	49
1.2.5. Problemática de la Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad.	51
A. Dispensarización de la población.	53
B. Sanología.	57
1.3. Justificación del Trabajo de Investigación.....	61
1.3.1. Justificación Práctica.	61
1.3.2. Justificación de Conveniencia y de Pertinencia Social.	61
1.3.3. Justificación Económica.....	62

1.3.4.	Justificación Teórica.	62
1.4.	Aspectos Metodológicos.....	63
1.4.1.	Análisis Interno.	63
1.4.2.	Análisis Entorno.....	63
1.4.3.	Metodología SADCI.	63
1.4.4.	Metodología MACTOR.....	63
1.4.5.	PPR: Análisis y evaluación.	64
1.5.	Alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación	65
Capítulo II	Marco Teórico.....	67
2.1.	Investigaciones previas relacionadas	67
2.2.	Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema	74
2.2.1.	Conceptualización de la calidad de vida.	74
2.2.2.	Definición de Discapacidad.....	77
2.2.3.	Enfoques sobre la discapacidad.	78
A.	El enfoque o modelo de prescindencia.....	78
B.	El enfoque o modelo médico o rehabilitador.	79
C.	El enfoque o modelo social de la diversidad funcional. ...	80
D.	El enfoque categórico o de diagnóstico de la discapacidad.	81
E.	Un enfoque funcional de la discapacidad.	81
F.	El enfoque social de la discapacidad.....	81
2.2.4.	Tipos de discapacidad.	81
2.2.5.	Discapacidad y la Sociedad.	82
2.2.6.	La Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC).....	84
2.2.7.	Enfoque desde la Atención Primaria de Salud (APS).....	86
A.	APS - Acceso y Cobertura Universal.	88
B.	Calidad en Atención Primaria en Salud.	89
2.2.8.	La integración como proceso de Inclusión/Exclusión Social...	89
2.3.	Normativas que amparan a las personas con Discapacidad	90
2.3.1.	Normativa a nivel internacional.	90
2.3.2.	Normativa a nivel nacional	92
Capítulo III	El Diagnóstico	104

3.1. Determinación del problema	104
3.1.1. Análisis del proceso problema	104
A. Presentación del Árbol de Problemas.....	105
B. Análisis de los problemas específicos.	106
C. Identificación del Proceso Problema.....	112
D. Resumen de Nudos Críticos del Proceso Problema. ...	114
3.1.2. Sustento de evidencias	123
A. Normas donde está descrito el proceso problema	124
B. ROF- MOF Descripción del Proceso Problema:	124
3.2. Análisis Organizacional	129
3.2.1. La Organización Funcional	130
A. Organigrama:	130
B. Estructura Orgánica.....	131
C. Funciones Generales.	132
3.2.2. Análisis Interno.	135
3.2.3. Entorno Organizacional.	141
3.3. Análisis de Stakeholders.....	146
Capítulo IV La Formulación.....	149
4.1. Determinación de Objetivos.....	149
4.1.1. Determinación de los Objetivos.....	150
A. Objetivo General.....	150
B. Objetivos específicos.....	150
4.1.2. Sustento de Evidencias.	153
4.1.3. Análisis de Medios.	153
4.2. Análisis de Alternativas:	156
4.3. Productos	161
4.3.1. Descripción de Productos.	161
4.3.2. Actividades.	163
Capítulo V La Propuesta de Implementación	166
5.1. Identificación de los Recursos Críticos	166
5.1.1. Comunicación estratégica.....	166
5.1.2. Incidencia de Stakeholders.	167
5.1.3. Recursos Humanos.	168

5.1.4. Recursos Financieros.....	169
5.1.5. Recursos Logísticos.....	173
5.1.6. Recursos Tiempo.....	174
5.2. Metas periodo de tres años	175
Capítulo VI Análisis de Viabilidad.....	183
6.1. Análisis de viabilidad	183
6.1.1. Viabilidad Política.....	183
6.1.2. Viabilidad Técnica:.....	183
6.1.3. Viabilidad Social.	183
6.1.4. Viabilidad Presupuestal.	184
6.1.5. Viabilidad Operativa.....	184
6.2. Análisis de Viabilidad según actores:	184
6.2.1. Método SADCI.....	184
6.2.2. Método MACTOR.	190
6.3. Análisis de Viabilidad según evaluación estratégico-gerencial:	193
6.3.1. Generación de Valor Público.	193
6.3.2. Evaluación estratégica.....	194
Capítulo VII Monitoreo y Evaluación	196
7.1. Monitoreo	196
7.2. Desarrollo de Indicadores para Monitoreo	201
7.3. Evaluación.....	202
7.4. Desarrollo de Indicadores para Evaluación.	206
Conclusiones	208
Recomendaciones	212
Referencias Bibliográficas.....	214
Anexos.....	223
Anexo 1: Sistema de inscripción virtual y/o físico de las personas con deficiencias y discapacidades	223
Anexo 2: Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria	234
Anexo 3: Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.....	241

Anexo 4: Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	247
Anexo 5: Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	251
Anexo 6: Matrices Método SADCi	256
Anexo 7: Consolidación de DCI relativos a falta de capacidad institucional no relacionados con capacidades individuales en la DIRIS Lima Norte.	270
Anexo 8: Método MACTOR	272
Anexo 9 Glosario de Términos.....	275
Anexo 10 Matriz de Consistencia.....	281

Índice de Tablas

Tabla 1 Análisis de la Causa N° 1: Carente dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades.	106
Tabla 2 Análisis de la Causa N° 2: Dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades.	107
Tabla 3 Análisis de la Causa N° 3: Limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud.	108
Tabla 4 Análisis de la Causa N° 4: Deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado.	109
Tabla 5 Análisis de la Causa N° 5: Insuficiencias en la relación personal sanitario-paciente-familia- comunidad.	111
Tabla 6 Acciones propuestas en el Programa Presupuestal 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad.	116
Tabla 7 Actividades de RBC según POI 2020 de la DIRIS Lima Norte.	120
Tabla 8 Análisis de Nudos Críticos.	121
Tabla 9 Distribución de establecimientos de salud según categorización, DIRIS Lima Norte.	126
Tabla 10 Distribución de la población según distritos asignados a la DIRIS Lima Norte.	127
Tabla 11 Atenciones médicas en Consulta Externa, 2019	127
Tabla 12 Análisis interno de la DIRIS Lima Norte	135
Tabla 13 Evaluación POI 2019 – I Trimestre.	138
Tabla 14 Análisis de Stakeholders.	146
Tabla 15 Análisis de medio del primer producto de nuestra investigación.	153
Tabla 16 Análisis de medio del segundo producto de nuestra investigación.	154
Tabla 17 Análisis de medio del tercer producto de nuestra investigación.	154
Tabla 18 Análisis de medio del cuarto producto de nuestra investigación.	155
Tabla 19 Análisis de medio del quinto producto de nuestra investigación.	156
Tabla 20 Matriz de Alternativas por el Medio Analizado – Primer Medio.	156
Tabla 21 Matriz de Alternativas por el Medio Analizado – Segundo Medio.	157
Tabla 22 Matriz de Alternativas por el Medio Analizado – Tercer Medio.	158

Tabla 23 Matriz de Alternativas por el Medio Analizado – Cuarto Medio.....	159
Tabla 24 Matriz de Alternativas por el Medio Analizado – Quinto Medio.....	160
Tabla 25 Descripción de los productos propuestos.....	161
Tabla 26 Descripción de las actividades a realizar en el producto 1: Sistema de inscripción virtual y/o físico.	163
Tabla 27 Descripción de las actividades a realizar en el producto 2: Equipo multidisciplinario móvil.....	164
Tabla 28 Descripción de las actividades a realizar en el producto 3: sistema de capacitaciones efectivo y amigable.	164
Tabla 29 Descripción de las actividades a realizar en el producto 4: un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.	165
Tabla 30 Descripción de las actividades a realizar en el producto 5: un sistema de capacitaciones dirigido a la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.....	165
Tabla 31 Incidencias según Stakeholders.....	168
Tabla 32 Costos estimados	170
Tabla 33 Programación de metas por productos en un período de 3 años.	175
Tabla 34 Registro de productos según el código de actividad, descripción y responsables de la investigación.	184
Tabla 35 Registro de Actores que controlan en la DIRIS Lima Norte	190
Tabla 36 Registro de Actores de influencia y dependencia de la DIRIS Lima Norte.	191
Tabla 37 Registro de Matriz MAO de la DIRIS Lima Norte.....	191
Tabla 38 Registro de las convergencias y divergencias de la DIRIS Lima Norte.	192
Tabla 39 Registro de la identificación del Valor Público en nuestra investigación.	194
Tabla 40 Registro de evaluación estratégica de nuestra investigación.	194
Tabla 41 Cronograma de Monitoreo de actividades del proyecto de investigación.	197
Tabla 42 Indicadores de monitoreo de nuestro proyecto de investigación.	201
Tabla 43 Registro de evaluación de nuestro proyecto de investigación.	203

Tabla 44 Registro de indicadores para la evaluación de nuestro proyecto de investigación	206
---	-----

Índice de Figuras

Figura 1. Componentes clave sugeridos por la OMS, para el diseño una estrategia de RBC.	113
Figura 2. Componentes clave sugeridos por la OMS, para el diseño una estrategia de RBC y nudos críticos existentes en Perú.	115
Figura 3. Distribución de la población asignada a la DIRIS Lima Norte según establecimientos médicos, grupos quinquenales, tipo de población, las etapas de la vida. Adaptado de POI DIRIS Lima Norte 2020.	128
Figura 4. Organización Interna funcional para las Direcciones Integradas de Salud. Tomado de Organigrama de Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, aprobado con RD N°252-2019-MINSA/DIRIS.LN/1.	130
Figura 5. Mapa de procesos de DIRIS Lima Norte. Tomado de POI DIRIS Lima Norte 2020- I Semestre.	140
Figura 6. Análisis de los problemas y objetivos general y específicos de nuestra investigación.	149
Figura 7. Análisis de los factores y Vulnerabilidad de personas con discapacidad en la DIRIS Lima Norte.	152

Resumen

La presente investigación lleva por título: “Creación de una estrategia de gestión integral para la atención (primaria) de salud de las personas con discapacidad de la DIRIS Lima Norte”, abordó la elevada afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado en la Dirección de Redes Integradas Lima Norte (DIRIS-LN), jurisdicción geográfica con mayor población a nivel nacional. El Objetivo que se planteó alcanzar fue disminuir la elevada afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado, debida a causas como la carente dispensarización (es el registro, agrupamiento y control de las personas y familias asignadas) de personas con deficiencias y discapacidades; dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud; deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado; limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud e insuficiencias en la relación personal sanitario- paciente-familia- comunidad.

Ante esta problemática se determinaron como soluciones: crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales. Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención en el primer nivel y atención domiciliaria. Desarrollar un sistema de capacitaciones con un enfoque sanógeno (toda variable social, psicológica biogenética, medioambiental y médico-sanitaria con la que esta protección a la salud está garantizada) tanto para los pacientes como familiares y cuidadores. Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico. Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, familia, espacio laboral y comunitario.

El tipo de investigación desarrollada fue la Investigación Aplicada. Las Metodologías utilizadas fueron metodologías para el análisis de la realidad problema: Análisis interno según el modelo propuesto por Kast y Rosenzweig así

como el análisis del entorno según el modelo propuesto por Collette y Schneider. Metodologías para la determinación de la viabilidad de las soluciones: SADC y MACTOR. También se analizó el Programa Presupuestal (PPR- 0129) denominado Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad por ser el que el Ministerio de Salud ejecuta en la DIRIS Lima Norte como parte de sus acciones en RBC.

Palabras clave: Rehabilitación, Discapacidad, Calidad, Atención Primaria, Salud, Servicio de Salud Comunitaria.

Abstract

This research is entitled: "Disability and Community-Based Rehabilitation, an approach from Primary Health Care in the DIRIS Norte Lima", addressed the high impact on the quality of life and social integration of the disabled in the Directorate of Integrated Networks North Lima (DIRIS-LC), geographic jurisdiction with the largest population nationwide. The objective that was set to be achieved was to reduce the high impact on the quality of life and social integration of the disabled, due to causes such as the lack of dispensarization (it is the registration, grouping and control of the assigned individuals and families) of people with disabilities and disabilities ; difficulties in accessibility to health services; deficiencies in the training of the disabled patient, caregiver and family member; limitations in access to consultation with specialists and / or other health professionals and inadequacies in the relationship between health personnel-patient-family-community.

Faced with this problem, solutions were determined: create a virtual and / or physical registration system to create a database of people with disabilities and disabilities, as well as their main risk factors and biopsychosocial conditions. Establish a mobile multidisciplinary team for first level care and home care. Develop a training system with a healthy approach (any social, psychological, biogenetic, environmental and medical-health variable with which this protection of health is guaranteed) for both patients and relatives and caregivers. Implement a system of teleconsultations, teleinterconsultations and tele-support for diagnosis. Execute an awareness program aimed at the person, family, work space and community.

The type of research developed was Applied Research. The methodologies used were methodologies for the analysis of the problem reality: Internal analysis according to the model proposed by Kast and Rosenzweig as well as the analysis of the environment according to the model proposed by Collette and Schneider. Methodologies for determining the viability of solutions: SADCI and MACTOR. The Budgetary Program (PPR-0129) called Prevention and Management of Secondary

Health Conditions in People with Disabilities was also analyzed because it is the one that the Ministry of Health executes in the DIRIS Lima Norte as part of its actions in CBR.

Keywords: Rehabilitation, Disability, Quality, Primary Care, Health, Community Health Service.

Introducción

En la presente investigación se analiza “LA DISCAPACIDAD Y LA REHABILITACION CON BASE COMUNITARIA, UN ENFOQUE DESDE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LA DIRIS NORTE LIMA “. Este tema ha sido seleccionado debido a su vital importancia pues las personas con discapacidad son consideradas como población vulnerable, olvidada frecuentemente por los gobernantes de turno y a quienes constantemente, como minoría, se les transgreden sus derechos y se limitan en gran medida sus oportunidades, especialmente en zonas de menor desarrollo socioeconómico.

Es en el año 2015, cuando los Gobiernos a nivel mundial se comprometieron a promover los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con la finalidad de proponer el fin a la pobreza, proteger nuestro mundo y propiciar el bienestar mundial, consideraron que una vida sana era un elemento indispensable para promover el bienestar de toda la humanidad. En un mundo sin discriminaciones, las personas con Discapacidad, también tienen Derecho a gozar del más alto nivel posible de salud. (Artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD),

Para la Atención Primaria de Salud (APS) la Salud es sobre todo un Derecho humano fundamental. La APS forma parte integrante de todo sistema nacional de salud y constituye su función central, promoviendo la equidad y la accesibilidad, determinando qué se requiere y exige y fomentando al máximo la participación de la comunidad organizada, así como el uso de los recursos locales. Aspectos que sitúan la problemática de la Discapacidad y la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en un primer plano de su análisis y abordaje.

Observamos que la problemática de la Discapacidad en la DIRIS Lima Norte, se origina por la inadecuada dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades; dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud; deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado;

limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud e insuficiencias en la relación personal sanitario- paciente-familia-comunidad.

Para nosotros este tema ha constituido una motivación debido a que, en el país a pesar de la abundancia de un marco normativo en temas de discapacidad, dentro del sector salud no constituye una estrategia fortalecida y es un tema donde se puede mejorar la gestión pública, pues a pesar de contar con un Programa de Presupuesto por Resultados (PPR) este es muy básico y carente de aspectos fundamentales que deberían ser responsabilidad del Estado para la integración social y la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad. Es una de las aristas donde se evidencia la necesidad del cambio de concepción y percepción del sistema de salud, de un modelo curativo a uno enfocado en la salud familiar y comunitaria.

Se ha realizado una investigación Aplicada, orientada en la metodología de análisis interno del modelo Kast y Rosenzweig el análisis del entorno con el modelo Collerette y Schneider; así como, las metodologías SADCI y MACTOR para determinar la viabilidad de las propuestas de solución unido al análisis y evaluación del programa de presupuesto por resultados (PPR) Programa Presupuestal 0129 Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad.

Se han planteado como Problema General: Disminuir la elevada afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado, en la DIRIS Norte Lima, y como Problemas Específicos: la carente dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades. Por otro lado, existen dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades. Limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud. Se evidencian deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado. Por último, existen insuficiencias en la relación personal sanitario- paciente-familia- comunidad. Todos ellos están basados en la evidencia científica que se muestra en el Marco Teórico y en los PPRs analizados.

Debido a esto, se han determinada como objetivos de la investigación: Optimizar la dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades.; aumentar la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades; elevar el nivel de conocimiento del paciente, cuidadores y familiares en el manejo del discapacitado; reducir las limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud y por último, mejorar la relación personal sanitario- paciente- familia- comunidad.

En ese sentido, el trabajo se desarrolló en nueve capítulos. El Capítulo I Generalidades, se trata acerca de los antecedentes, se identifica la realidad-problema, se justifica la investigación, y se tocan los principales aspectos metodológicos, así como los alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación

El Capítulo II Marco Teórico se tienen en cuenta las investigaciones previas relacionadas, los modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema y la normatividad que ampara a las personas con discapacidad.

En el Capítulo III El Diagnóstico, se determina la realidad del problema a través del Árbol de Problemas y de Causas y el sustento de evidencias. Además, se realiza el Análisis Organizacional.

El Capítulo IV La Formulación, se determinaron los objetivos y medios a través del Árbol de Objetivos y Medios, el sustento de evidencias, Análisis de Alternativas, los productos y las actividades

El Capítulo V Análisis, se enfoca en la Descripción de la propuesta de implementación, la Identificación de Recursos Críticos, la Arquitectura Institucional (Intra e interorganizacional) y las Metas a un periodo de 3 años.

En el Capítulo VI Análisis de Viabilidad, se analiza la Viabilidad Política, Presupuestal y Operativa; también se realizó el Análisis de Viabilidad. El Capítulo VII Evaluación, se desarrollan los Indicadores para monitoreo y evaluación con los que se acompañe el desarrollo de las soluciones o productos. Los Capítulos VIII y

IX corresponden a las Conclusiones y Recomendaciones a las que se arribó como producto de la realización de la Investigación Aplicada.

Los autores.

Capítulo I

Generalidades

1.1. Antecedentes

La salud constituye un derecho fundamental del ser humano, entiéndase por ello, el derecho a gozar de un óptimo estado de salud, atendiendo todos los aspectos bio-psico-sociales que ello comprende. Este derecho, a pesar de lo que se indicó en la Declaración de Alma Ata (1979) sobre Atención Primaria de Salud, es transgredido frecuentemente, sobre todo en grupos vulnerables, y en especial, en las personas que presentan alguna discapacidad.

Es responsabilidad del Estado crear políticas públicas para garantizar el acceso integral a los servicios de salud, que comprendan acciones no solo basadas en la enfermedad, si no que vayan más allá, integrando acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y también de rehabilitación, sobre todo, enfocados en lograr la equidad en salud.

La rehabilitación con base comunitaria (RBC), enfocada desde la Atención Primaria de Salud, promete ser la solución más eficiente e integral para disminuir el impacto de estas limitaciones, aumentar oportunidades, disminuir la pobreza y mejorar la inclusión social. Esta situación se hace muy evidente en la población con discapacidad correspondiente a la DIRIS Norte Lima. Al respecto existen antecedentes, los cuales mencionamos a continuación:

1.1.1. A nivel internacional.

La discapacidad se avizora como un problema de salud a nivel mundial, afectando a todos los países, en mayor o menor medida y con tendencia cada vez más al aumento. Entendamos entonces qué significa discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, (2020, s/n) la define como:

Las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

En el año 2004, se realizó una Encuesta Mundial de Salud; esta resumida por el Ministerio de Salud MINSA, (2019) en el documento titulado Programa Presupuestal 0129, Prevención Y Manejo De Condiciones Secundarias De Salud En Personas Con Discapacidad, arrojó datos importantes como que, entre las personas adultas, (mayores de 18 años), la prevalencia de discapacidad es de 15,6% (aproximadamente 650 millones del total estimado, siendo este último de 4200 millones de adultos para el año 2004). En países con ingresos mayores fue de 11,8%, mientras que en los de ingreso bajo fue de 18%. Para las personas con grandes dificultades la tasa media de prevalencia para adultos con invalidez muy grave se estimó en 2,2%, lo que representa un total de 92 millones de personas en el año 2004. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

El mismo documento, resalta que, en Europa, la tasa de discapacidad de las personas mayores no institucionalizadas fue de 27,9% (en 2006); mientras que, en España, fue de 28,5%. Números similares los presentan países como Austria, Francia e Italia. Situación diferente se halla en Polonia, pues aquí, casi el 50% de sus adultos mayores expresan algún tipo de problema para llevar a cabo actividades diarias. En el otro extremo se sitúa Suiza con apenas un 15,3%.

Por otro lado, en igual fuente, se expresa que, en Estados Unidos, existen, 56,7 millones de personas con discapacidad, para un 18,7 por ciento del total de la población. Estas cifras se dividen como se muestra a continuación: según la prevalencia de tipos específicos de discapacidad, 8 millones de adultos tenían dificultades para ver, 9 millones tenían dificultad con una actividad de la vida diaria (AVD) y 4 millones presentaban alguna discapacidad de aprendizaje, por último, 11 millones experimentaban discapacidades tanto físicas como mentales. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Este problema de salud pública ha sido sumamente tratado en el ámbito de organismos internacionales, como la Organización de Naciones Unidas, (ONU), la Organización Mundial de la Salud, en lo adelante, OMS, el Consejo de Europa, el Grupo del Banco Mundial, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011), en su Informe Mundial sobre la Discapacidad, afirma que:

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto. (pg. 7)

Este documento tiene el propósito de, ofrecer data relevante sobre la problemática mundial de la discapacidad, y algunas recomendaciones a los gobiernos, destinadas a fomentar el desarrollo de políticas públicas inclusivas y transformacionales, que permitan el aterrizaje de lo acordado en la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2008, (OMS, 2011),

Esta convención constituyó un giro definitivo en el enfoque de manejo de las personas con discapacidad:

Se ha pasado de una perspectiva médica o caritativa a un enfoque de derechos humanos, que vela por que las personas con discapacidad tengan acceso y puedan participar en las decisiones que influyen en su vida y solicitar reparación en caso de que se violen sus derechos". (Naciones Unidas, 2008, p. 5)

Sobre la relación de la discapacidad y el acceso a los servicios de salud, la OMS (2011), en el informe citado anteriormente, señala que: En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas. (p. 5)

Luego de este análisis, podemos darnos cuenta de que mayoritariamente, las personas con discapacidad, tienen amplios requerimientos de servicios sanitarios, pero muchas veces estos no están a su alcance, vulnerándose de esta manera su derecho fundamental a la salud.

En el Informe mencionado con anterioridad, se exalta el papel que desempeña el entorno para promover o debilitar la participación de las personas con discapacidad. Entre los principales obstáculos que se hacen presente, se encuentran los siguientes:

- Políticas y normas insuficientes: se adolece en este sentido de muchas maneras, ya sea por la falta de políticas públicas y un marco legal enfocado en las necesidades reales de las personas

con discapacidad, quienes muchas veces, no son tomados en cuenta para la creación de estas.

- Actitudes negativas: maltratos, falsas creencias y prejuicios a los que son sometidas estas personas, muchas veces por ignorancia colectiva, discriminación o carencia de derechos.
- Prestación insuficiente de servicios: en muchas ocasiones las personas con discapacidad pueden de acceder a los servicios de salud que requieren debido a deficiencias en la oferta de los mismos.
- Problemas con la prestación de servicios: debido a las carencias y desigualdades de los sistemas de salud, dentro de los más vulnerados suelen encontrarse los discapacitados, quienes sufren más estos problemas.
- Financiación insuficiente: es una realidad en muchos países que las fuentes de financiamiento para los programas centrados en las personas con discapacidad y sus familiares, no son abundantes.
- Falta de accesibilidad: a pesar de que es un derecho humano el acceso a los lugares públicos, al transporte, la educación y las comunicaciones, esta no es la realidad para todas las personas que sufren alguna discapacidad.
- Falta de datos y pruebas: la insuficiencia de data completa y fiable, evita determinar la magnitud exacta de la realidad de discapacidad en el mundo y así poder tomar medidas que reflejen un cambio en las diferencias que nos alejan.

Luego de esta evaluación, salta a la vista, la necesidad de encontrar y llevar a cada realidad, soluciones con enfoque de atención primaria de salud, donde se acerquen los medios al doliente y no viceversa, considerando las especificidades y limitaciones del caso.

Una de las recomendaciones que nos deja el mencionado informe es que todos tenemos derecho a una atención médica general e integral y eso, en estos casos, incluye la adecuada rehabilitación.

Las personas con discapacidad, (PcD) por derecho, deben ser capaces de conseguir el más alto de grado de salud posible, (entiéndase por ello, óptimo grado de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social) lo cual, en muchas ocasiones solo puede ser alcanzado a través de las bondades de la rehabilitación, comprendiendo la misma, servicios variados como lo constituyen la psicoterapia, fisioterapia, logoterapia, rehabilitación médica y odontológica, entre otros. (OMS, 2011)

A partir de ello, muchos países comenzaron a tomar la iniciativa en la creación de marcos legales y políticas públicas enfocadas en estrategias más evolucionadas de enfocar la discapacidad, como lo sugería la OMS, una de esas salidas fue la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).

1.1.2. A nivel de América Latina.

En América Latina, la situación de discapacidad no precisamente es vista bajo una lente diferente en sentido de mejoría, y es que, a pesar de los esfuerzos recopilados por revertir este panorama, muchas veces queda varado entre normativas y problemas de gestión. Veamos a continuación reflejado en estudios realizados por investigadores latinos, la descripción de estas realidades.

En América Latina alrededor del 10% de la población presenta alguna discapacidad esto equivale a 50 millones. De ellas, el 70% no tiene empleo. Estas cifras son similares durante la infancia pues entre el 70% y 80% de los niños con discapacidad no tiene acceso a la educación y solo 1 de cada 20 concluye la secundaria. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

En Bolivia, Díaz Aristizabal et al., (2012), en un estudio titulado: Reflexiones sobre la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia, con el objetivo de a través de la búsqueda exhaustiva de los antecedentes históricos y las características fundamentales de la estrategia de RBC, utilizados en un trabajo realizado en Cochabamba, podrían determinar el éxito o fracaso de un programa de RBC en situaciones de interculturalidad.

Los autores, describiendo la situación de la realidad en este país, refieren que la discapacidad está generalmente acompañada de exclusión y desigualdad, con la consecuente vulneración de los derechos de las PcD, deterioro de su entorno familiar y social, unido a la sumisión cotidiana en la pobreza que termina constituyendo un ciclo que necesita ser roto.

Además, los datos exactos de personas afectadas son difíciles de determinar, pues no se cuenta con un Registro de personas discapacitadas, y se podría deducir a partir de la ínfima información con que se cuenta que alrededor del 10% de los bolivianos padece algún tipo de discapacidad, y dentro de ellos, solo el 1% recibe atención especializada o accede a servicios de rehabilitación.

Agregan también que, a pesar de la existencia de normativa legal con carácter nacional e internacional, estas no son aplicadas para favorecer a las personas con discapacidad.

La estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), utilizada en este lugar, estuvo centrada principalmente en niños con deficiencias y discapacidades visuales, buscando promover su desarrollo integral y orientarlo hacia una completa integración familiar, social y comunitaria.

Para ello se diferenci6 en distintas 6reas, el 6rea pedag6gica, el 6rea de salud, el 6rea de promoci6n laboral y por 6ltimo el 6rea de RBC, donde adem6s se atend6a a ni6os y j6venes de comunidades rurales con discapacidad, excepto la discapacidad psiqui6trica.

Despu6s del an6lisis realizado por investigadores sobre esta implementaci6n de RBC, determinaron que existen factores decisivos para el 6xito o fracaso de una estrategia de RBC, en primer lugar tenemos el problema de la sostenibilidad econ6mica del proyecto, y como soluci6n plantea que estos programas est6n unidos a los diferentes niveles de gobierno; por otro lado, la motivaci6n e inter6s por parte de las PcD y sus familiares, para ello aboga por la creaci6n de promotores comunitarios con la funci6n de actuar como mediador e influenciar la participaci6n del resto. Por 6ltimo, proponen el acercamiento f6sico de la biomedicina a las comunidades y no viceversa, as6 como tambi6n esta debe ser llevada al nivel cultural de la comunidad, para que no sea una imposici6n, sino una introducci6n de la misma. En este sentido, en un contexto de interculturalidad, no se trata de la perfecci6n de la planificaci6n de la estrategia, sino del ajuste y la aceptaci6n que le conceda la comunidad. (D6az Aristizabal et al.,2012)

En el caso de Chile, en una investigaci6n con el t6tulo Perspectiva 6tica de la rehabilitaci6n basada en la comunidad en el contexto chileno, llevada a cabo por Calle Carrasco, Rolack Jaramillo, Anguita Mackay, Campillay Campillay, (2019), con el fin de comprender el panorama de la RBC, a partir de las vivencias chilenas, desde un enfoque 6tico, bajo el desarrollo de 5 temas fundamentales: asociaci6n de las partes interesadas, respeto a la cultura y experiencia local, equidad en el dise6o del programa, empoderamiento comunitario y rendici6n de cuentas.

Para describir la realidad de la RBC en suelo chileno, los autores afirman que el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), y el Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS) fueron los encargados de la incorporación de la RBC como política pública, desde el enfoque de los centros de atención primaria para lograr un acercamiento de los servicios de salud a la comunidad, y de esta manera, fomentar el acceso y uso de los mismos.

Por otro lado, uno de los aspectos negativos es que prima el modelo médico por encima del modelo social, a partir de los puntos posteriores se describirá lo positivo y negativo en cuanto a estos principios éticos básicos:

- La interacción de las partes asociadas en la estrategia: porque se necesita del trabajo articulado de diferentes sectores, dígase organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, sociedad civil organizada, y la comunidad, esto porque solo ellos tienen el conocimiento real de cuáles son sus necesidades. En el contexto chileno esto no se respetó, al no incluir a la comunidad en su implementación.
- El respeto por la interculturalidad: es bien sabido que la heterogeneidad de las costumbres y aspectos culturales de toda Latinoamérica es un factor primordial a tener en cuenta a la hora de planificar o aplicar políticas públicas, es por ello que cabe resaltar que el respeto por estas prácticas ancestrales se mantuvo en las comunidades chilenas y en lagunas de ellas, donde la discapacidad no constituye un motivo de cuidado, la RBC posibilita la inclusión del individuo en su medio y evita de esta manera la propia discriminación interna.
- Empoderamiento social: si bien se conoce que este es decisivo para la implementación de la RBC, bajo el modelo médico, se peca de ver a las PcD como sujetos de caridad, por lo que vulneran derechos, y a la vez se limita su participación social y empoderamiento.

- Responsabilidad y rendición de cuentas: se trata de, por una parte, el informe y justificación de las decisiones y acciones tomadas a fin de garantizar la transparencia total del uso adecuado del presupuesto público y por otra, el cumplimiento de indicadores que se traduzcan en mejoras del estado de salud de la población. En el modelo chileno, esto se lleva a cabo por un registro estadístico donde se registran diagnósticos e intervenciones individuales, como parte de la rendición de aspectos biomédicos.
- Equidad en el diseño del programa: se trata de planificar la cobertura de la mayor cantidad de problemas de salud, con soluciones innovadoras y eficientes, que garanticen al acceso a la rehabilitación a las PcD. En el caso de Chile el acceso a la atención primaria está garantizado por su naturaleza pública, pero esto genera desigualdades entre los discapacitados pues no todos podrían acceder a las atenciones especializadas en niveles secundarios o terciarios. A esto sumarle que tiene la RBC un enfoque mayoritariamente urbano y centrado no en la discapacidad severa.

Por último, los investigadores hacen llamado a las autoridades a la evaluación constante de las estrategias implementadas no solo desde un punto de vista de cumplimiento de metas específicas traducidas en indicadores, sino desde una arista enfocada en la inclusión comunitaria. (Calle Carrasco, Rolack Jaramillo, Anguita Mackay, Campillay Campillay, 2019),

Hasta ahora hemos podido entender, desde la perspectiva de los autores anteriores que la comunidad y el entorno social, tienen un papel preponderante en el desarrollo efectivo y ético de un programa de RBC.

Cambiando de escenario, en Colombia, de acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSALUD), en el documento titulado Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC para Colombia, (2014), se hace una breve reseña histórica de los primeros signos de RBC en el país, donde los primeros indicios comienzan a vislumbrarse a finales de la década del 80, en Uribe, donde se amplía un poco el manejo de la persona con discapacidad desde sus necesidades de educación, integración familiar y social. Así fueron sumándose con acciones constantes, pero adolescentes de responsabilidad del Estado, ciudades como Cali, Medellín, Bogotá, Pereira, entre otras, durante las décadas del 90 y principios del 2000. Estas experiencias fueron sumando para la creación de este documento y con ello, una nueva y más firme estrategia de RBC para los colombianos.

En otro documento, del MINSALUD, con el nombre: Orientaciones para el desarrollo de Rehabilitación Basada en Comunidad en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, (2015), creado con el objetivo de fomentar el trabajo multisectorial coordinado, entre salud, educación, transporte, etc. a fin de garantizar la inclusión social y el desarrollo comunitario y social inclusivos; se detalla que, para ello, se desarrolló un plan diseñado por un equipo interdisciplinario, que definió previamente los principales temas, canales de comunicación y actores sociales con los que a futuro trabajaría el agente comunitario o profesional de la salud. Este último realizando acciones enfocadas en dos componentes: el de salud y el de empoderamiento.

Grech, (2015), en el documento que lleva por nombre Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) Perspectivas Críticas desde Latinoamérica, afirma que la mayoría de los trabajadores y estudiosos de la RBC en Latinoamérica, son raramente conocidos y escuchados fuera de las fronteras de sus países y mucho menos tomados en

cuenta por organismos internacionales a la hora de crear estrategias de este tipo, lo que lo llevó a entender la necesidad de la creación de un espacio donde estas voces pudieran alzarse.

Para ello, se creó una plataforma en línea, grupos focales y talleres que sirviera como tribuna para escuchar, priorizar miradas y percepciones de los trabajadores, coordinadores y participantes activos en la toma de decisiones de programas de RBC. Después de los múltiples debates, concluye que la RBC es multisectorial, fluida y dinámica, es un proceso de cambio constantes por lo que no puede ser estandarizada. Es un factor clave que sea fuertemente cuestionada y que se vea desde aristas distintas como derechos humanos, funcionamiento interno de la familia y la comunidad, pobreza e indiferencia bajo la que sufren las PcD y por ende la necesidad de asignar recursos que vayan encaminados en la sustentabilidad de estas estrategias en el tiempo.

1.1.3. A nivel de Perú.

Al buscar bibliografía sobre estrategia de RBC en Perú los hallazgos son los siguientes:

Carletti, (2015) en el XX Congreso Internacional del Centro Latinoamericano Administración para el Desarrollo (CLAD), sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, realizado en Lima, Perú, durante los días 10 - 13 noviembre del 2015, mediante el documento, La Rehabilitación Basada en la Comunidad como herramienta de apropiación de bienes, servicios e instalaciones de las personas con discapacidad: los productos de apoyo como instrumentos de inclusión, ofrece una recopilación de experiencias y vivencias en otros países latinoamericanos como Brasil, Chile, Colombia y plataformas virtuales donde se desarrollan Productos de Apoyo (o Ayudas Técnicas) de bajo costo que contribuyen a mejorar la calidad de vida, la inserción social, laboral y económica de las PcD y con ello, esparcimiento, mejoramiento de su salud, empleo,

autocuidado, etc. Resalta la importancia del trabajo interrelacionado entre diferentes esferas comprendidos en políticas públicas inclusivas que beneficien e incluyan tanto a las personas con discapacidad como a la comunidad.

Durante el mencionado Congreso, otra de las voceras de la RBC fue Olivera Roulet, (2015) con el documento: La rehabilitación basada en la comunidad como instrumento de inclusión y determinación de políticas públicas, en el cual explica la necesidad y metodología para la creación de una estrategia de RBC como política pública en el país, con responsabilidad del Estado y bajo la cabeza de un Ministerio buscando un enfoque más amplio que el propio proceso salud enfermedad en el que muchas veces queda enmarcada la discapacidad. Hace énfasis en la necesidad de saber con certeza cuál es el costo de la discapacidad para ello pide tener en cuenta:

el costo de las pérdidas de productividad ocasionadas por la discapacidad, el costo de la pérdida de impuestos a raíz del desempleo o el empleo reducido de las personas con discapacidad, el costo de los servicios de atención de salud, la protección social y los programas del mercado laboral, y el costo de los ajustes razonables. (Olivera Roulet, 2015, p.9)

Además, agrega que para llevar a cabo una estrategia de RBC el costo más significativo ocurre al iniciarla, por lo que este debe estar ajustado a la realidad de los recursos existentes.

Concluye que es necesaria la implementación, evaluación, seguimiento e impacto de la RBC bajo una política pública que incluya temas como la RBC y los derechos de las PcD, el derecho a la no exclusión y a la no discriminación, participación ciudadana en la gestión pública, interracionalidad e interculturalidad.

1.2. Identificación de la Realidad – Problema

1.2.1. Realidad actual a través de datos Estadísticos.

Hemos visto en referencias anteriores que no existe un control estricto, ni censo específico para saber con certeza la cantidad de personas con discapacidad que existen, esta realidad no difiere mucho del panorama nacional, pues de acuerdo con el Instituto de Estadística e Informática (INEI), en el documento Perfil Sociodemográfico de la Población con Discapacidad, (2017), en el Perú fue realizada la primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad, en el año 2012, que constituyó el primer paso en la estimación de la prevalencia de la discapacidad y otros aspectos fundamentales para su desarrollo, como lo constituyen salud, transporte, educación, entre otros.

Además, serviría para sustentar la creación del Programa Presupuestal (PpR) 0129 Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad orientado específicamente al tema de discapacidad. Para la creación y sustento de este PpR, además de la mencionada encuesta del 2012, se utilizaron los Estudios de carga de enfermedad del 2008 y del 2013. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Por otro lado, los resultados de personas con discapacidad arrojados por el censo del 2017, fueron 3 209 261 personas, estas representan el 10,3% de la población del país. De estos, son mujeres, 1 820 304 personas que representan el 11,5%, de total de féminas y 1 millón 388 mil 957, son hombres, para un 9,0% de ellos. Dependiendo del área de residencia, se determinó que, el 10,6% de la población del área urbana, o sea, 2 715 892 personas. En el área rural, 493 369 personas en esta condición, alcanza el 8,7%. En ambos casos la mayoría fue de mujeres. (Instituto de Estadística e Informática (INEI), 2017)

Continuando con las estadísticas del mencionado documento, se hace presente que la distribución de la población en una pirámide poblacional, se observa una mayoría de PcD a partir de los 45 años, con predominio de mujeres. La mayor constricción de esta pirámide que se aprecia entre los 20 y los 39 años, lo que indica que son menos frecuentes en esta etapa.

Sobre la distribución geográfica de las PcD, adiciona que la provincia de Lima Metropolitana muestra el porcentaje más elevado de población que padece alguna discapacidad, con un 31,2%, porcentaje elevadísimo en comparación con los departamentales. En esta distribución encontramos a las regiones de Piura (5,4%), La Libertad (5,2%), Puno y Arequipa (5,0%). Mientras, Cusco (4,5%), Junín (4,2%), Áncash (4,0%), Lambayeque (3,9%), Cajamarca (3,7%), la Provincia Constitucional del Callao (3,6%) y Lima provincias, (3,4%). En menor medida se encuentran Ica (2,9%), San Martín y Loreto (2,4% cada uno), Huánuco (2,2%), Ayacucho (2,1%), Apurímac y Ucayali (1,4% cada uno), Tacna (1,2%) y Amazonas y Huancavelica (1,1% cada uno). Para finalizar se ubican Pasco (0,8%), Tumbes y Moquegua (0,7% cada uno) y Madre de Dios (0,4%) (Instituto de Estadística e Informática (INEI), 2017)

En cuanto a la tendencia a migración de personas con discapacidad encontramos, en dicho reporte que, 121 628 personas con discapacidad se han mudado de vivienda en los últimos 5 años. Esto se hace muy frecuente en los departamentos de Lima con 44 421 PcD, seguido de la Provincia Constitucional del Callao (8,264), Arequipa (7,603) y Junín (5,546). (Instituto de Estadística e Informática (INEI), 2017)

Referente a la distribución según tipo y número de discapacidad por sexo y área de residencia, señala que, 2 618 026 personas (81,6%), manifestó padecer solo una discapacidad y 591 235 (18,4%) indicaron

que tenían dos o más. Resalta la dificultad de la visión es la más frecuente, tal como lo declararon 1 550 196 personas, para un 48,3% de discapacitados. Seguidamente, se ubican las dificultades para moverse o caminar/usar brazos y piernas, con 485 211 afectadas lo que representa el 15,1%; a continuación, las dificultades de la audición con 243 486 personas (7,6%) (Instituto de Estadística e Informática, (INEI), 2017)

Sobre el acceso a un seguro de salud, el ente estadístico reporta que 2 479 236 personas (77,3%) que expresaron poseer alguna discapacidad, cuentan con algún seguro de salud, mientras que 730 025 (22,7%) no cuentan con cobertura de algún seguro de salud. el Seguro Integral de Salud (SIS) es el más utilizado, coberturando a 1 424 107 de personas, es decir, al 44,4% de la población con discapacidad. EsSalud, cobertura a 897 386 personas (28,0%) de la población con discapacidad. Solamente el 2,1% de la población con discapacidad que tiene un seguro privado. (Instituto de Estadística e Informática (INEI), 2017)

En el PPR se menciona que, en el país, existen 1 millón 575 mil 402 personas discapacitadas, lo que representa el 5,2% de la población nacional. Existe predominio en el sexo femenino (820.731) mientras que existen 754.671, hombres con discapacidad. Las regiones con mayor prevalencia de discapacidad son Lima (6,8%), Arequipa (6,7%) y Moquegua (6,6%). En contraparte, las menores tasas de discapacidad se encuentran en Loreto (3,2%), Amazonas (3,3%) y Cusco, Junín y Lambayeque con 3,5% respectivamente. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Se añaden datos estadísticos de la prevalencia de diferentes tipos de discapacidades como que: 932 mil peruanos poseen limitaciones permanentes para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas. De los que padecen alguna discapacidad motora, el 56,4% son

féminas para unas 525 mil 719 personas, más los hombres representan el 43,6% o lo que es lo mismo, 406 mil 274 personas. Esta forma de discapacidad es más frecuente en adultos mayores, con un 32,5%, “con enfermedad crónica (24,4%), genético/congénito o de nacimiento (9,8%), enfermedad común (6,8%), accidente común fuera del hogar (4,9%), accidente común en el hogar (4,6%), accidente de tránsito (4,0%), entre otros” (Ministerio de Salud MINSA, 2019, p.12)

También se destaca que el 51% de las personas que padecen alguna discapacidad, a pesar de usar lentes, presentan dificultades para ver con discapacidad presentan dificultad para ver inclusive usando lentes.

Así también, se enfatiza en que tienen limitaciones de forma permanente para oír, 532 mil personas. La principal causa es la edad (60,5%), seguida de las de tipo genético/congénito o de nacimiento (11,0%), por último, la enfermedad crónica (5,0%) (Ministerio de Salud MINSA, 2019).

Por otro lado, se hace énfasis en que tienen limitación de forma permanente para entender o aprender, 506 mil peruanos. La principal causa continúa siendo la edad avanzada (8,1%), seguidamente, la enfermedad común (3,3%), continúan los accidentes comunes en el hogar (1,7%), accidente común fuera del hogar (1,4%), negligencia médica (1,3%), entre otras. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

En el país existen 295 mil personas que tienen limitación permanente para relacionarse con el resto debido sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. En estos casos, el origen predominante es de tipo genético/congénito o de nacimiento (21,9%), seguido de la edad avanzada (17,9%), y la enfermedad crónica (12,0%), en menor medida, la enfermedad común (3,8%), la violencia familiar (2,7%), así como el accidente común fuera del hogar (2,2%),

y el consumo de alcohol tabaco y drogas (2,2%). (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Dentro de las personas que padecen de alguna limitación de forma permanente para hablar o comunicarse, aun usando el lenguaje de las señas u otro, se encuentran 262 mil personas. De estas, las principales causas son: para el 50,8% de tipo genético/congénito o nacimiento, para el 13% es por edad avanzada, el 10,4% es por enfermedad crónica, 4,6% por enfermedad común y 2,4% negligencia médica. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Teniendo en cuenta que la data usada para el PpR, es antigua (2012), consideramos utilizar otros documentos emitidos por el INEI (2015 y 2017).

En Lima metropolitana existen 1002368 de personas con alguna discapacidad, de ellos, 417085 son hombre y 985282 son mujeres.

- De ellos 301 901 pertenecen al Seguro Integral de Salud (SIS) para un 30,12% del total de discapacitados.
- Al Seguro Social de EsSalud pertenecen 369 978 (36.91%).
- El Seguro de las Fuerzas Armadas o Policiales cobertura a 30 944 (3.09%).
- Mientras que los Seguros Privados de Salud cobertura a 45 048 (4.49%), otros seguros a 17 666 (1.76%)
- Y 236 830 (23.63%) no cuentan con ningún seguro. (INEI, 2017)

En otro documento del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática llamado, Perú: Caracterización de las Condiciones de Vida de la Población con Discapacidad, (2015), aflora que el 54,2% de la población con discapacidad, bajo la aparición de algún malestar o síntoma, buscaron ayuda en algún establecimiento de salud, de ellos el 59,5% corresponde al área urbana mientras que el 42,0% d a áreas rurales. Enfatiza además que en Lima metropolitana esto ocurre con

mayor frecuencia. Las boticas o farmacias son las más buscadas ante estas situaciones, donde acude el 15,6% de población con discapacidad en áreas urbanas. Mientras, en las zonas rurales los establecimientos más buscados son los centros de salud, del MINSA, un 18,2% de PcD. A los hospitales del seguro (ESSALUD) acude el 9,0% de los discapacitados, de las áreas urbanas. Por su parte, a los hospitales del MINSA son más utilizados por personas con discapacidad en el área urbana (7,9%).

Volviendo a la información consignada en el PpR, tenemos que, han recibido el 88,6% del total de personas con alguna discapacidad no recibió tratamiento y/o terapia para rehabilitación y solo el 11,4% si recibió algún tratamiento o terapia. Los tratamientos y/o terapias de rehabilitación más utilizadas fueron: terapias de rehabilitación física en un 46,1%, el tratamiento psicológico para un 18,9%, el tratamiento psiquiátrico, 11,3%, la terapia de lenguaje con un 11%, el apoyo emocional fue del 3,8%, la terapia ocupacional 3,6%, y el 5,4% fueron de otros tipos. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Es frecuente preguntarnos cuál es el tipo de discapacidad que prevalece más en nuestra población, para ello contamos con el informe INEI 2017, donde aclara que el 48,3% tiene discapacidad para ver, el 15,1% tiene discapacidad para moverse o caminar, el 7,6% problema para oír, el 4,2% dificultad para entender o aprender, el 3,2% dificultades al relacionarse con las demás personas, el 3,1% discapacidad para comunicarse o adaptarse al entorno, con este informe sabemos que existe mayor población en pacientes que no puedan ver ni para quienes puedan desplazarse con normalidad, es por esto que este estudio tiene planteado, mejorar la calidad de vida, específicamente para estas personas, implementando para ello planes de acción que más adelante expondremos a detalle (INEI, 2017).

En ese sentido la discapacidad para ver es uno de los principales problemas cuando hablamos de discapacidad en el Perú; es importante considerar lo estimado por la OMS (2019, s/n) señala: “Se calcula que aproximadamente 1300 millones de personas viven con alguna forma de deficiencia de la visión de lejos o de cerca. Con respecto a la visión de lejos, 188,5 millones de personas tienen una deficiencia visual moderada, 217 millones tienen una deficiencia visual de moderada a grave y 36 millones son ciegas. Por otro lado, 826 millones de personas padecen una deficiencia de la visión de cerca; siendo que el crecimiento y envejecimiento de la población aumentarán el riesgo de que más personas se vean afectadas por una deficiencia visual”; ahora es una realidad la cual debemos palpar desde nuestro punto de vista de atención primaria, facilitando el acceso y uso de servicios en salud, para las personas que presenten discapacidad visual, principalmente.

Cabe resaltar que, **de cada 10 personas discapacitadas, 6 de ellas presentan más de una limitación.** El 38,6% de las personas con discapacidad, tiene solo una limitación que les afecta, mientras que, el 30,3%, el 17,7%, el 9,2% y el 4,3% tienen una, dos, tres y cuatro limitaciones respectivamente. (Ministerio de Salud MINSA, 2019).

Las personas con discapacidad son frecuentemente afectadas por enfermedades crónicas. Se estima que más de 600 mil discapacitados se ven **afectados además por enfermedades crónicas.** Las más comunes son: taquicardias, palpitaciones o hipertensión arterial (39,2%), diabetes, obesidad, hipo e hipertiroidismo (21,3%), problemas digestivos (18,2%), artritis y otros del sistema óseo (17,2%), dificultades urinarias (17,0%), asma (11,6%), dificultades en el aparato reproductivo (10,3%), problemas en la piel (8%), anemia (6,6%) y el 15,1% otra enfermedad crónica. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Esta realidad es alarmante pues vemos la concomitancia de varias patologías que **afectan la calidad de vida** de cualquier persona y en mayor medida, las de las personas con discapacidades. Se entiende por años de vida saludable a los años que llevan una forma de vida en la cual la persona mantiene un equilibrio en su dieta alimentaria, actividad física, actividad intelectual, la recreación y ocio, el descanso, la higiene y paz espiritual.

Los Años de vida saludable perdidos (AVISA) para una causa específica corresponden a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM) por la causa específica más los años de vida vividos con discapacidad (AVD) para los casos incidentes de la causa específica:

$AVISA = AVPM + AVD$, donde AVAD son la unidad de la carga de la enfermedad, los cuales permiten calcular las pérdidas de salud para una población con respecto a las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades, de esto se menciona en el Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible de Chile (Ministerio de salud Chile, 2008).

Llegamos a la conclusión que los años de vida saludable en la población con discapacidad esta mermada, con respecto a las personas normales, pues están aminoran, mientras más riesgos y comorbilidades tengan, además, se integra el hecho que no todas las personas con discapacidad gozan de actividades recreativas y de ocio, por el contrario, la carga de enfermedad es mayor en esta población.

En relación con esto se tiene que, reciben tratamiento para su patología crónica de base el 76,4% del total, mientras que el 20,1% no recibe atención y el resto (3,5%9 no especificó. De los que padecen enfermedades crónicas, el 80,5% busca y recibe atención cuando lo requiere, el 11,5% no recibe tratamiento desde hace más

de 6 meses y el resto no sabe, no recuerda y no especifica. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

En muchos casos las personas que padecen alguna discapacidad **dependen de alguien más** para cumplir con sus actividades del día a día, el 40.6% del total se encuentra en esta posición. Fundamentalmente:

- El cuidador es un familiar: “su hija (29,2%), la mamá (26,0%), la esposa/esposo o cónyuge (21,8%), otro (14,1%), del hijo (12,6%), de la hermana (6,8%), papá (6,8%), del hermano (4,1%), otro no pariente (3,2%), trabajadora del hogar (2,1%) y profesional de salud (0,6%)”. (Ministerio de Salud MINSA, 2019, p.14)
- El asumir este compromiso de cuidado por parte de la familia representa que deben dejar de hacer otras actividades para ello como postergar o no hacer: los quehaceres del hogar (46,7%), trabajar (27,1%), estudiar (4,5%), atender su negocio (4,5%), deporte/recreación o actividades sociales (2,9%), otras (2,4%) y ninguna (21,4%). (Ministerio de Salud MINSA, 2019, p.14)

Sobre el nivel educativo que presentan mayoritariamente las personas con discapacidad, se tiene que el 40,5% de ellos cursaron solo hasta la primaria, el 23,6% no tienen ningún nivel educativo o cuentan solo con nivel inicial, el 22,5% cursó hasta la secundaria, seguidamente el 11,4% tiene educación superior (universitaria o no); solo una minoría que representa el 1,7% tiene educación básica especial y el 0,2% estudios de posgrados (maestría o doctorado). (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

La población de personas discapacitadas que cuentan con una **ocupación laboral** asciende a 277 mil 882 personas, desagregándose por categorías de la siguiente manera: trabajadores independientes el 58,3%, empleados el 15,3%, obreros el 13,1%,

patronos 6,1%, trabajadores/familiar no remunerado el 5,1%, trabajadores del hogar 1,4% y Otros 0,6%. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Los **obstáculos físicos y las barreras arquitectónicas** juegan en contra del libre desplazamiento y acceso a lugares públicos de las personas con discapacidades. Los principales lugares donde estos tienen dificultad para ingresar y/o desplazarse son: los establecimientos de salud (29,3%), seguido de los paraderos y mercados con 23% y 21,3%, respectivamente; “los centros de rehabilitación (18,9%), bancos o entidades financieras (18,8%), terminales y estaciones (18,6%), boticas y/o farmacias (17,7%), oficinas públicas (17,5%), restaurantes (15,9%), entre las principales.” (Ministerio de Salud MINSA, 2019, p.15)

Las personas discapacitadas cuentan con una certificación que acredita esta condición. Del total solo un bajo 7,0% cuenta con este certificado. La mayoría de estas certificaciones se otorgaron en un hospital del Ministerio de Salud (52,8%), en un hospital de EsSalud (33,0%), en un hospital de las Fuerzas Policiales (2,9%), y en un hospital de las Fuerzas Armadas (2,6%). Solo el 4,3% del total de discapacitados se encuentra registrado en el Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

De acuerdo con Ciencia De la Cruz & Damián Córdor, (2015) en su tesis "Condiciones Sociales Y Económicas De Las Personas con Discapacidad que Laboran en las Instituciones Públicas y Privadas de La Provincia De Huancayo- 2015" afirman que 81% de peruanos que tienen alguna discapacidad, nunca ha recibido rehabilitación y sólo 5 de cada 100 personas con discapacidad accede a atención especializada. Añade la problemática de **la necesidad de infraestructura y equipamiento en los servicios de rehabilitación,**

Los cuales se encuentra en su mayoría en hospitales. Especifica que de los 485 hospitales que existen en el país, 75 poseen servicios de rehabilitación; 38 correspondientes al MINSA, 26 a ESSALUD y 7 a las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales.

A la DIRIS Lima Norte corresponden la atención de 148 973 personas discapacitadas, de ellas 6 417 con discapacidad severa.

Dada a esta realidad, esta investigación muestra un panorama en el cual se deben plantear una serie de acciones para mejorar las condiciones de salud y rehabilitación a las personas con discapacidad, específicamente en la RBC, en la DIRIS Norte Lima.

1.2.2. Realidad problema a través del PPR 0129 Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad.

Propone como uno de sus productos: “Personas con Discapacidad reciben Servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad” el mismo que estará desarrollado en tres actividades:

1. “Brindar capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en rehabilitación basada en la comunidad.
2. Brindar visitas a familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad.
3. Brindar capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia RBC”. (Ministerio de Salud, MINSA, 2019, p.75)

Estas serán integradas dentro de la actividad trazadora: “Brindar visitas a familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad.” (Ministerio de Salud, MINSA, 2019, p.75)

Dentro de los aspectos operativos podemos desagregar algunos a fin de comprender mejor la naturaleza y fin del producto. Este va dirigido a las personas con discapacidad, las familias con persona con discapacidad y los Agentes Comunitarios de Salud. El diseño del

mismo estará dado por la Dirección General de Salud de las Personas específicamente el Coordinador o responsable del componente de Discapacidad y el Equipo Técnico del Programa presupuestal “Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad”. Por otro lado, la entrega del mencionado producto está bajo la responsabilidad del “personal de salud capacitado mediante agentes comunitarios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de I - 1 a I - 4, capacitado para brindar servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad”. (Ministerio de Salud MINSA, 2019, p. 73)

El indicador de producción física del producto es “porcentaje de familias con algún integrante con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad”; mientras que el indicador de desempeño del producto es “porcentaje de personas con discapacidad que reciben RBC”. (Ministerio de Salud MINSA, 2019, p.73)

Sobre la definición operacional del producto, se expresa en el **PPR 0129**:

La rehabilitación basada en la comunidad es una estrategia multisectorial de desarrollo inclusivo con base comunitaria fundamentada en los derechos humanos de la persona con discapacidad (PCD), sus familias y la comunidad en general. Incluye 5 componentes: salud, educación, subsistencia, social y fortalecimiento

En el componente de salud se incluye 5 áreas de trabajo: promoción, prevención, atención médica, rehabilitación y dispositivos de asistencia.

Este producto se entrega a la PCD en la comunidad para su empoderamiento a través de la visita a la persona con discapacidad y a su familia para la identificación de riesgos y necesidades a nivel individual, familiar, social y entorno para la orientación y consejería

respectiva de RBC. Los responsables de la entrega del producto son el personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención mediante los agentes comunitarios capacitados en RBC quienes realizan la visita. Las visitas domiciliarias de RBC serán registradas y codificadas en el HIS que permita el registro nacional. (Ministerio de Salud MINSA, 2019, p.73)

Para la entrega del producto se ha considerado de la siguiente manera:

MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas, incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica a DIRESAS, en coordinación con los demás niveles.

GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde las normas a Redes y Micro redes y las implementa a través de los responsables del PP, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto. Realiza la capacitación al personal de las REDES. Realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Gestiona y financia el desplazamiento de los equipos técnicos hacia las regiones que requieran las capacitaciones en Rehabilitación Basada en Comunidad.

REDES DE SALUD: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde las normas a Micro redes y las implementa a través de los responsables del PP, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Coordina y capacita al personal de

MICRORREDES. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Programa los requerimientos de asistencias técnicas en las microrredes.

MICRORREDES: Difunde e implementa las normas, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Capacita al personal de sus establecimientos de salud adscritos.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I NIVEL DE ATENCIÓN: El personal de salud capacita a los Agentes Comunitarios de Salud en RBC y a través de ellos son responsables de la entrega del producto. (Ministerio de Salud MINSA, 2019, p.74)

La programación deberá realizarse bajo los siguientes criterios:

- 5% de familias que tengan algún miembro con discapacidad, del total de la población con discapacidad perteneciente al establecimiento de salud, reciben orientaciones sobre RBC.
- 10% de Agentes comunitarios que hayan sido capacitados en RBC por cada DIRESA y Establecimientos de salud (EE. SS) del primer nivel de atención.

Para ello se utilizó como fuentes de información para la programación a la población asignada a EE. SS y la Encuesta Nacional de Discapacidad (INEI 2012) (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Cada una de las actividades se describe de la siguiente manera:

1.2.3. Problemática de la Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en actividades de RBC.

Definición operacional: Los servicios de RBC tienen el fin de mitigar el impacto de la limitación a través de la ampliación de coberturas y la integración de personas con discapacidad. Esto implica que los recursos destinados a la RBC, como bien lo dice, estén dentro de la propia comunidad, con el objetivo de aprovechar y desarrollar los recursos humanos y materiales con los que se cuenta.

Compete al personal de salud previamente capacitado en RBC y que llevan a cabo estas actividades, capacitar a los agentes comunitarios. Dicha capacitación comprende 2 sesiones, cada una de 04 horas, en 02 días consecutivos, donde se desarrollará la temática descrita a continuación:

Tema 1: Conociendo la discapacidad

Tema 2: Identificación de la Persona con Discapacidad

Tema 3: Igualdad de oportunidades y derechos en salud, de personas con discapacidad.

Tema 4: Factores de Riesgo en la Persona con Discapacidad

Tema 5: Atención de apoyo a la Persona con Discapacidad.

Se programará la capacitación en RBC del 10% de agentes comunitarios en cada DIRESA y establecimientos de salud del primer nivel de atención. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

1.2.4. Problemática de las Visitas a familias para la rehabilitación basada en la comunidad.

La RBC es una estrategia intersectorial, que persigue la inclusión social del individuo y está basada en los derechos humanos de los discapacitados.

Esta se lleva a cabo mediante la visita domiciliaria a las personas con discapacidad. Se encuentra a cargo de esta actividad el personal sanitario de la institución de salud que cuenta con Unidad Productora de Servicios-Medicina de Rehabilitación, (nivel I-4 en adelante), debidamente preparados en temas de RBC y a través del soporte del accionar de los agentes comunitarios instruidos en RBC. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Este personal debe:

- Evaluar las discapacidades de los pacientes.
- Realizar las indicaciones de la especialidad ejecutando los procedimientos de rehabilitación dependiente de cada caso específico.

- Establecer la interrelación con otras especialidades para desarrollar la rehabilitación cuando la requiere la persona con determinada discapacidad Derivar o referir pacientes a otras especialidades o niveles de atención que así lo requieran.
- Transferir tecnologías apropiadas a los agentes comunitarios.
- Realizar actividades de educación para la salud al paciente sobre sus discapacidades y la prevención de nuevas complicaciones.
- Orientar a las familias sobre el manejo de los pacientes discapacitados.
- Brindar información médico- rehabilitadora a los grupos de riesgo.
- Brindar seguimiento a la persona discapacitada hasta su reinserción socio laboral.
- Realizar actividades de terreno a los ingresos domiciliarios a pacientes que no pueden desplazarse o evolucionan insatisfactoriamente.
- Realizar evaluaciones periódicas de los resultados del programa.
- Los agentes comunitarios deberán apoyar en la rehabilitación básica, por ejemplo, en actividades de la vida diaria para personas con discapacidad, mejorar la autoestima de la PCD y promover educación inclusiva a niños con discapacidad.

La Persona con Discapacidad y su familia debe recibir como mínimo 2 visitas para la identificación de necesidades y riesgos a nivel personal, familiar, social y del entorno (barreras); y para la orientación y consejería respectiva de RBC. (Ministerio de Salud MINSA, 2019, p. 108)

Se programarán visitas al 100% de las familias en las que exista al menos una persona con discapacidad en la jurisdicción del EE.SS. Se

realizarán como mínimo 2 visitas al año a la familia de Persona con Discapacidad.

La estimación de la población se puede hacer a través de la Dirección técnica de demografía-INEI/ MINSA-OGEI) y “población asignada a los establecimientos de salud, a través de la Oficina de Estadística e Informática. Permite determinar la población que puede ser programada en el rubro de discapacidad, equivalente al 5.2% del total”. (Ministerio de Salud, MINSA, 2019, p.109)

La fuente de información con la que se cuenta es el Reporte del Sistema de Información en Salud (HIS). (Ministerio de Salud MINSA, 2019, p. 108).

Esta realidad se ha visto incrementada durante el 2020, debido a la emergencia sanitaria y la Pandemia COVID – 19. Donde aproximadamente un 40% del personal asistencial está realizando trabajo remoto y las visitas domiciliarias han sido suprimidas por varios meses.

1.2.5. Problemática de la Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad.

Según el PPR del Ministerio de Salud (MINSA), (2019):

Los servicios de RBC tienen como objetivo disminuir el impacto de la limitación por medio de la ampliación de coberturas y la integración de personas con discapacidad.

Este enfoque implica que los recursos de rehabilitación estén disponibles dentro de la comunidad, para aprovechar y potenciar los recursos humanos y materiales de la comunidad. Así mismo identifica a los actores sociales de la comunidad, así como de sus autoridades locales quienes deberán ser captados, capacitados y comprometidos en la ejecución de esta estrategia.

El personal de salud capacitado en RBC identificará a los actores sociales de la comunidad de los gobiernos locales del ministerio de educación y otros para que asuman el compromiso de trabajar por las Personas con Discapacidad las capacitaciones tendrá las siguientes temáticas.

La capacitación incluye 2 sesiones que incluirá la siguiente temática:

GOBIERNOS LOCALES: ARTICULACION DE ACTIVIDADES DE OMAPED CON EL SECTOR SALUD

GOBIERNOS REGIONALES: ARTICULACION DE ACTIVIDADES DE OREDIS CON ACTIVIDADES DEL PP 0129

DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION

ARTICULACION DE ACTIVIDADES PARA LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD

DIRIGENTES VECINALES.

IDENTIFICACION DE LAS PCD Y SUS NECESIDADES SOCIALES ABORDAJE PARA LA INSERCIÓN AL SISTEMA DE SALUD

AL PERSONAL DE SALUD:

Tema 1: Conociendo la discapacidad

Tema 2: Identificación de la Persona con Discapacidad

Tema 3: Igualdad de oportunidades y derechos en salud, de personas con discapacidad.

Tema 4: Factores de Riesgo en la Persona con Discapacidad. (p.112)

Se programará el 5% de actores sociales que deberán ser capacitados en RBC en cada una de las DIRESA y establecimientos de salud del primer nivel de atención.

En este sentido se tiene a bien especificar que se habla de capacitar al personal de salud, a los agentes comunitarios y a los familiares del paciente discapacitado, pero no se incluye en ninguna de las actividades al cuidador del paciente con discapacidad, que puede o no ser su familiar. Asimismo, estas capacitaciones debieran tener un enfoque sanógeno, o sea, ir enfocadas sobre todo a promover

comportamientos y estilos de vida saludables, así como la prevención de la aparición de condiciones secundarias en personas con discapacidades.

A. Dispensarización de la población.

En ese marco, al personal de salud, le corresponde realizar la dispensarización de su población asignada:

La dispensarización es el registro, agrupamiento y control de las personas y familias asignadas: personas supuestamente sanas, en riesgo, enfermas y con secuelas. Esta acción facilita la observación, permanente y dinámica de individuos y grupos con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva. Es un proceso organizado, continuo y dinámico que permite la evaluación e intervención planificada y programada, liderado y coordinado por el equipo básico de salud, sobre la situación de salud de personas y familias. (Álvarez Sintés, Báster Moro, Hernández Cabrera, & García Núñez, 2014, p. 135)

Según Parra Solórzano Myriam Luzmila, (2016), en su Proyecto De Examen Compresivo previo a la obtención del grado académico de Magíster En Salud Pública, titulado: Promoción de salud y control metabólico en pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud # 3 de Riobamba, en el periodo enero/julio del 2016, la dispensarización tiene sus inicios en Rusia, específicamente en la antigua Unión Soviética y constituía un conjunto de medidas asistenciales y de salud que tenían como fin mantener la salud y la capacidad laboral de las personas.

Este modelo de atención consistía en programar consultas y acciones que brindasen una atención integral a los pacientes, así como actividades preventivas y rehabilitadoras. Estuvo dirigido principalmente a grupos poblacionales de riesgo

(adolescentes, gestantes, adultos mayores etc.) y a los pacientes portadores de enfermedades crónicas que necesitaban atención sistematizada.

El concepto de dispensarización que la autora nos ofrece es: Un proceso coordinado y gerenciado por el EBS, es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello. (Parra Solórzano, 2016, p.9)

Se desprenden entonces, a partir de este, 4 procesos:

- Registro: censo que registra las características sociodemográficas (edad, sexo, raza, profesión, ocupación, grado de instrucción, así como características de la familia, factores de riesgo y enfermedades de base que padece) de la población asignada al equipo básico de salud.
- Evaluación: análisis integral de la persona, se tienen en cuenta factores bio-psicosociales independientemente de la presencia o no de patologías. Esto permite ubicarlos en distintas categorías dispensariales.
- Intervención: orientaciones al individuo encaminadas a preservar la salud y prevenir enfermedades; además de incluir acciones educativas o terapéuticas que no siempre están determinadas por la prescripción de medicamentos.
- Seguimiento: es un proceso continuo y dinámico que se ajusta dependiendo del estado salud-enfermedad del paciente. (Parra, Solórzano, 2016, p. 9)

Alvares Sintes et al. Consignan que en este proceso se toman en cuenta las siguientes fases:

- Registro del paciente y familiares
- Evaluación periódica del estado de salud de las personas y familias basados en el método clínico, el método epidemiológico (mediante la estratificación de los riesgos, daños y discapacidades, de acuerdo a la edad y el sexo), el funcionamiento familiar y la situación de salud del paciente.

El proceso de la dispensarización se sostiene sobre 7 principios fundamentales:

- **Profiláctico:** es un principio determinante, pues permite la planificación de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades (primaria, secundaria y terciaria)
- **Dinámico:** está en constante evolución y cambio, determinado por la variabilidad del estado de salud de los individuos dispensarizados, por lo que se realizan ajustes en la atención.
- **Continuo:** es necesario que sea aplicado de forma ininterrumpida desde el registro y evaluación del individuo por primera vez.
- **Individualizado:** las evaluaciones se programan de forma personalizada, dependiendo de las características, los riesgos y las enfermedades que presente el sujeto.
- **Integral:** se trata del trabajo que se realiza desde una perspectiva general, comprendiendo aspectos bio-psico-sociales, el propio individuo como un todo, la familia, la comunidad y el entorno que le rodea.
- **Universal:** engloba a toda la población asignada Al Equipo Básico de Salud (EBS), en todas las etapas de la vida y en estrecha relación con el entorno.

- Atención en equipo: se trata de la interrelación y articulación de acciones entre el EBS y los distintos niveles de atención.

De esta manera se podrá situar al individuo en uno de los 4 grupos dispensariales establecidos. Estos son:

- Grupo I Personas supuestamente sanas: Aquellas que no presentan riesgo ni daños a la salud, ni discapacidad; pueden enfrentar las diferentes situaciones de la cotidianidad sin desequilibrios.
- Grupo II Personas con riesgos: son aquellas que están expuestas a distintos factores de riesgo, que aumentan la probabilidad de padecer alguna enfermedad.
- Grupo III Personas enfermas: Aquellas que ya cuentan con un diagnóstico establecido de una patología ya sea o no transmisible.
- Grupo IV Persona con discapacidad o minusvalía: Aquella diagnosticada con algún tipo de discapacidad.

En una persona en las que confluyan riesgo, daño y secuela, predomina el diagnóstico más grave. (Álvarez Sintés et al., 2014)

Es importante en este proceso para identificar la mayor cantidad de factores de riesgo, realizar la evaluación de la salud familiar. Para ello debemos basarnos en:

- Estructura y composición de la familia: lo que permitirá identificar si se trata de una familia nuclear, extensa o ampliada.
- Condiciones materiales de vida: evaluar la satisfacción familiar con los ingresos económicos familiares, las condiciones de la vivienda, la existencia de equipos domésticos y el nivel de hacinamiento etc.

- Salud de los integrantes de la familia: se tendrá en cuenta la situación de salud de los individuos a partir del análisis de los elementos sanógenos, los riesgos, daños o discapacidades presentes.
- Funcionamiento familiar: se evaluará el cumplimiento de las funciones básicas de la familia y la dinámica de las relaciones internas. ((Álvarez Sintés et al., 2014, p.136)

B. Sanología.

Aldereguía Henriques, (2004), en su libro: La sanología: Paradigma alternativo, devela los puntos cruciales de crecimiento y desarrollo de la sanología como marco teórico.

Primeramente, resalta que esta se centra en el proceso salud enfermedad, pero específicamente en esa arista que la medicina tradicional y curativa ha dejado relegada: la salud.

Segundo, la sanología podría erigirse en una nueva transición epidemiológica. Para esta, el proceso salud-enfermedad de los seres humanos engloba aspectos socio, psico, biológicos, medioambientales y médicos relacionado con la preservación de la salud. Es precisamente esta última, concebida como el estado natural del hombre y la enfermedad una excepción. (Aldereguía Henriques,2004)

Como concepto fresco, recién concebido, necesita del desarrollo de nuevos términos idiomáticos, para el autor el más correcto a validar sería Sanología/ Sanology, aunque no se encuentre reconocido por la Real Academia de la Lengua Española. Aldereguía Henriques, (2004),

En este nuevo marco se insiste en no ver los factores aislados, sino que cree profundamente en la concatenación de los mismos

como la clave de la interpretación del proceso salud enfermedad.

Asimismo, promueve el enfoque en estilos de vida sanogénicos para fomentar la salud, más que encaminado en el evitamiento de la enfermedad. De esta manera resalta que es de igual importancia que las conductas de riesgo, la personalidad del individuo y la autorresponsabilidad individual (modelación de la subjetividad sanogénica). (Aldereguía Henriques,2004)

Enfatiza en la imperiosa necesidad y suma complejidad de la reestructuración de la salud pública. No sataniza el modelo clásico de la medicina curativa, ni el preventivo curativo, sino que los complementa. Su trabajo se basa fundamentalmente en la relación individuo-sanólogo (RIS), más que en la relación médico-paciente (RMP). Además, promueve la concepción de envejecimiento saludable. (Aldereguía Henriques,2004)

Define protección como: “la probabilidad de aparición de un acontecimiento positivo para la salud de una población” y como factores sanógenos a “toda variable social, psicológica biogénica, medioambiental y médico-sanitaria con la que esta protección está garantizada.” (Aldereguía Henriques,2004, p. 61)

Otra deficiencia encontrada en el PPR es que los responsables de las visitas a familias para la RBC, está a cargo solamente del personal de salud del establecimiento que cuenta con Unidad Productora de Servicios-Medicina de Rehabilitación, desde el nivel I-4 en adelante capacitados en RBC y con el apoyo de los agentes comunitarios capacitados en RBC. Esto supone un gran inconveniente debido a que no accederían al beneficio de estas

actividades la mayoría de las poblaciones que estén asignadas a los EE. SS de los niveles I-1, I-2 y I-3.

Además, se establecen como mínimo solo 02 visitas domiciliarias para la identificación de necesidades y riesgos a nivel personal, familiar, social y del entorno (barreras); y para la orientación y consejería respectiva de RBC, planificación que sería poca teniendo en cuenta el importante trabajo que se necesita realizar en el primer nivel de atención.

Consideramos, que el equipo básico de salud, a pesar de estar debidamente capacitado, no contaría con las herramientas suficientes para enfrentar las demandas específicas de cada caso, por lo que se considera que sería más eficiente la evaluación por parte de un equipo multidisciplinario que establezca las pautas de tratamiento y seguimiento al paciente discapacitado, por parte del personal sanitario.

En el caso de la tarea de establecer la interrelación con otras especialidades para desarrollar la rehabilitación en caso de ser requerida por una persona con discapacidad, se debe derivar o referir al paciente a otras especialidades o niveles de atención que así lo requieran. Se considera que se necesita fortalecer el vínculo y el trabajo unificado entre los distintos niveles de atención por lo que resultaría más beneficioso que primeramente se utilice la telemedicina para estos fines, pues además de disminuir costos y dificultades para el paciente, cumple con este fin de aproximación y unión entre los niveles de atención, al darse lineamientos al personal de salud para realizar el seguimiento y control de cada caso. Agregándose a ello, que se tendrían mayores tasas de apego y cumplimiento del tratamiento y menores fallos dentro del sistema de referencias y contrarreferencias.

Por último, en la tercera actividad: Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, no se considera a la Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo para que se comprometa con el cumplimiento de esta estrategia de RBC, sobre todo garantizando que se cumplan las cuotas de trabajadores con discapacidad en cada institución y empresa, asegurándose con ello, la reinserción laboral y social de los discapacitados.

De acuerdo con Álvarez Sintés et al.,(2014), la diferencia entre el modelo de atención de salud con un enfoque curativo se diferencia de la Atención Primaria de Salud, en la existencia de 3 ejes fundamentales:

- Participación comunitaria: la comunidad participa activamente en conjunto con el equipo de salud en la solución de sus problemas a través de la determinación y priorización de sus dificultades, realización de acciones y toma de decisiones; así como también forma parte de los procesos de fiscalización y control.
- Participación intersectorial: es la intervención de dos o más sectores de la sociedad basándose en la multicausalidad de los problemas de salud, más que en la circunscripción a un sector específico.
- Descentralización: es la capacidad ejecutiva para la toma de decisiones según la disponibilidad de recursos en los diferentes niveles de gestión en dependencia de las necesidades de la sociedad.
- Tecnología apropiada: aquella que permita la eliminación de los problemas de salud suscitados en un territorio determinado, la misma, se encuentra disponible y puede ser utilizada de manera racional y sostenible.

Es por todo lo anteriormente mencionado que se aprecia como Problema General una elevada afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado, pertenecientes a la DIRIS Lima Norte.

También pudimos darnos cuenta de que se derivan otros problemas más específicos como: la carencia de dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades. Por otro lado, existen dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades. Limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud. Se evidencian deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado. Por último, existen insuficiencias en la relación personal sanitario- paciente-familia- comunidad.

1.3. Justificación del Trabajo de Investigación

El presente Trabajo de Investigación Aplicada se justifica en lo siguiente:

1.3.1. Justificación Práctica.

Proponemos acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, enfocada mayormente en el paciente, con un enfoque sanógeno, más que centrada en la enfermedad como hechos aislados, todo considerando a las personas como un todo, teniendo en cuenta aspectos de su integralidad física y mental, como seres sociales que se desempeñan dentro de a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

1.3.2. Justificación de Conveniencia y de Pertinencia Social.

Las personas con discapacidad en muchas ocasiones son víctimas de la exclusión de oportunidades de educativas, laborales, a medios de comunicación, etc. lo que desencadena un ciclo que determina a

mayor grado de pobreza y con ello mayor discapacidad y mayor vulnerabilidad.

Con la creación de esta estrategia de gestión, se busca una mayor cercanía entre el equipo de salud, el paciente con discapacidad y su entorno a través de la mejora de la salud de estas personas, sus familiares y cuidadores.

Por otro lado, estos tendrían acceso a una atención de salud personalizada y servicios de rehabilitación en sus domicilios o comunidades, sin que se generen altos costos. De esta manera, se mejora la calidad de vida de todos en el hogar y permite que sean activos participantes en la vida familiar y comunitaria.

1.3.3. Justificación Económica.

Que siendo necesaria la atención a personas con discapacidad, se utiliza servicios interdisciplinarios, especialmente cuando existen complicaciones tales como: inadecuada atención médica, personal médico no capacitado para atención a personas con discapacidad o generando por ende mayor inversión económica y gasto público para la salud e integración social.

De esta manera, se considera que un paciente con discapacidad bien atendido en salud, no requiere mayor inversión, más cuando no se brinda un servicio de calidad requiere mayor inversión económica.

1.3.4. Justificación Teórica.

Esta investigación se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre el trabajo interconectado entre el equipo de salud, la familia, la comunidad y otras instituciones, con el fin de conseguir que el paciente cuente con una salud e integración social de su comunidad, por lo que las Redes Integradas de Salud Lima Norte lograrían el acceso a las personas más vulnerables.

1.4. Aspectos Metodológicos

1.4.1. Análisis Interno.

Para el análisis interno de la institución se utilizará el modelo Kast y Rosenzweig, ya que a través de este método se podrá llevar a cabo un análisis completo de la organización. Este análisis estará basado en varios subsistemas como el tecnológico, estructural, psicosocial, gestión y la razón de ser. En este análisis se identificará los aspectos positivos y negativos de la organización donde debemos intervenir.

1.4.2. Análisis Entorno.

Para el análisis del entorno de la institución se utilizará el modelo Collerette y Schneider, ya que a través de este método se podrá describir el entorno de forma práctica, dividiendo el mismo en tres niveles: inmediato, intermedio y de tendencias globales.

1.4.3. Metodología SADCI.

El SADCI cuyas siglas son Método del Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional es el flujo de información que cualquier decisor puede comenzar, desarrollar, actualizar y posteriormente institucionalizar. Este método ayudará a identificar el grado de capacidad institucional actual para llevar a cabo determinadas actividades, para luego evaluar cada una de estas, y en caso corresponda, eliminar obstáculos, establecer acciones y planes necesarios para alcanzar los objetivos de la propuesta de creación de una estrategia de RBC en la DIRIS Lima Norte.

1.4.4. Metodología MACTOR.

Luego de realizar el análisis institucional se utilizará el método MACTOR, el cual complementará la información recogida a través del SADCI. El SADCI prueba la viabilidad institucional de nuestras propuestas de solución. El MACTOR se utilizará para conocer el vínculo de las fuerzas entre los actores de esta propuesta de investigación, así como estudiar sus convergencias y divergencias

con respecto a sus posturas y objetivos. Este método permite ayudar a tomar decisiones para la puesta en marcha de la propuesta de creación de una estrategia de RBC en la DIRIS Lima Norte.

1.4.5. PPR: Análisis y evaluación.

Programa presupuestal (PPR) 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad

Este programa presupuestal está diseñado para disminuir la proporción de personas con discapacidad que desarrollan condiciones secundarias y/o incrementan su grado de discapacidad, teniendo como entidad responsable al Ministerio de Salud, específicamente la Dirección General de Salud de las Personas. En la sección: **3.6 Actividades, tareas e insumos**: se determinan 4 productos finales desagregados en distintas actividades:

- ❖ Producto 1: Acciones comunes
 - Actividad 1: Desarrollo de normas y guías técnicas en discapacidad
 - Actividad 2: Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal
- ❖ Producto 2: Personas con discapacidad reciben atención en rehabilitación basada en establecimientos de salud
 - Actividad 1: Capacitación en medicina de rehabilitación
 - Actividad 2: Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física
 - Actividad 3: Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial
 - Actividad 4: Atención de rehabilitación para personas con discapacidad mental
- ❖ Producto 3: Persona con discapacidad atendida en servicios de certificación
 - Actividad 1: Certificación de discapacidad
 - Actividad 2: Certificación de incapacidad para el trabajo

- ❖ **Producto 4:**
 - Actividad 1: Capacitación a agentes comunitarios en actividades de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
 - Actividad 2: Visitas a las familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad
 - Actividad 3: Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad. (Ministerio de Salud, MINSA, 2019, p. 77)

1.5. Alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación

Alcance:

El alcance del presente trabajo de Investigación Aplicada está centrado en la población discapacitada afiliada al seguro Integral de Salud, en la DIRIS Lima Norte, durante el año 2020.

Limitaciones:

Aspectos Internos:

- No existe una plataforma virtual de acceso directo a la Información Clínica de los pacientes con discapacidad de DIRIS Lima Norte.
- No existe el seguimiento continuo de pacientes con discapacidad de DIRIS Lima Norte.
- La interfaz de la página web no se encuentra amigable hacia el público por lo que dificulta el cierto grado la búsqueda del investigador.

Aspectos Externos:

- El acceso a la atención pública es limitado en el horario de atención, y no cuenta con un módulo y/o oficina para las personas con discapacidad.
- El acceso a las redes es según el ubigeo, no todas son de fácil de ubicar y no todas las redes cuentan con un mismo sistema de trabajo.
- Existe limitación financiera para el desarrollo de esta investigación, ya que no se cuenta con auspicio de la ninguna Municipal de Lima Norte

y no se cuenta con un presupuesto en la DIRIS, por lo que esta investigación tendría que ser autofinanciada.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Investigaciones previas relacionadas

Desde el nacimiento de la necesidad de centrar los recursos en salud para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud, se entendió cuán fundamental era el manejo del proceso salud enfermedad desde un ámbito más abarcador, comprendiendo aspectos de salud integral donde se consideran fuertemente aspectos psicológicos, sociales y medioambientales dentro del equilibrio de factores fundamentales para lograr el mayor grado de salud posible.

En la Conferencia Internacional sobre **Atención Primaria de Salud en Alma Ata** (1978), se hizo una llamada a aunar esfuerzos encaminados al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, (APS) como la principal forma de mejorar la situación de salud en los países, sobre todo en aquellos en vías de desarrollo.

Primeramente, se ratificó a la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el completo estado de bienestar físico mental y social. Además de constituir un derecho fundamental de todo ser humano, de compromiso y competencia intersectorial.

La segunda parte trata sobre la necesidad de equidad de oportunidades para todos, a fin de eliminar las marcadas diferencias socioeconómicas que nos separan.

En la tercera parte se habla sobre la relación entre los procesos económicos y la salud, puesto que es imprescindible un sistema de salud que vele por la promoción y prevención como premisas fundamentales para garantizar el bienestar de la población y con ello, un desarrollo socioeconómico sostenible.

La cuarta parte expresa la responsabilidad que tienen los ciudadanos en la toma de decisiones correspondientes a su salud. Por otro lado, la quinta parte resalta el compromiso que recae sobre los gobiernos y organismos internacionales en el establecimiento de estrategias y políticas orientadas a la consecución de adecuados niveles de salud que posibiliten el correcto desarrollo económico y social. Se agrega además que esto solo se puede alcanzar a través de un fortalecido sistema de Atención Primaria de Salud.

La sexta sección ahonda sobre la Atención Primaria de Salud (APS), haciendo énfasis en que consiste en la asistencia sanitaria esencial basada en metodologías y ciencias aplicadas, de una forma simple, práctica, y aprobada socialmente con el fin de llevar salud a todos, en todas las etapas de la vida, con su participación y compromiso, a un costo sostenible. Así también, constituye el primer contacto del individuo con el sistema de salud.

En el mismo sentido, en la parte siete se continúa desagregando diversos aspectos de la APS, como que es un reflejo amalgamado de diferentes componentes políticos, económicos y socioculturales, y experiencias en estrategias de salud pública. Agrega además que, son premisa de la APS, trabajar arduamente en la educación para la salud, en la promoción de estilos de vida saludables, en que todos cuenten con servicios de agua potable y saneamiento, haya acceso a la asistencia materno-infantil y a la planificación familiar, a las inmunizaciones; que se prevean acciones para las enfermedades endémicas locales, así como el tratamiento adecuado de enfermedades y traumas simples, que exista un correcto abastecimiento de los medicamentos esenciales. Todo esto bajo el establecimiento de un trabajo multisectorial y comunitario, donde se exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación social.

Parte ocho, los gobiernos deben garantizar la APS dentro de sus sistemas de salud, y en coordinación con otros sectores, utilizando mayormente los recursos del país y en casos excepcionales los externos.

En la penúltima parte (nueve), se habla sobre colaboración internacional para fomentar y sostener las estrategias de APS en todo el mundo.

Por último, en la parte diez, afirma que bajo estos lineamientos se podría alcanzar al 2000, niveles adecuados de salud para toda la población mundial, redestinando a este fin, recursos que son utilizados mayormente para conflictos militares.

Después de ello, se introdujo la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) que fue pensada al inicio como una forma de utilizar óptimamente los Centros de Atención Primaria de la Salud y recursos de la comunidad, con el fin supremo de acercar estos Centros y servicios de rehabilitación a las personas con discapacidad, especialmente en los países de bajos ingresos.

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), nace como una propuesta de enfoque de la discapacidad desde una perspectiva integral, mayormente comunitaria, donde se prioriza al individuo no solo como un todo, sino como parte de un entorno social diverso, dinámico y dialéctico, por lo que debe buscar los recursos para adaptarse al mismo.

Según la **Organización Mundial de la Salud** -OMS (2004), en su documento de posición conjunta, RBC Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad, acentúa a la RBC como un trabajo enfocado tanto en el individuo como en la satisfacción de necesidades básicas, así como la de sus familiares, lográndose con ello mayor calidad de vida, inclusión social y participación. Enfatiza además en la necesidad de crear un trabajo multidimensional para que los discapacitados tengan acceso a la salud, educación, cultura, deporte, trabajo, transporte, acceso a las tecnologías y comunicaciones, etc. Para esto se necesita del esfuerzo mancomunado de los familiares, cuidadores, actores sociales organizaciones no gubernamentales y las gubernamentales de diferentes sectores.

Las Naciones Unidas en la **Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (2008) argumentan que, en muchos países como Vietnam, Mongolia, Irán y Sudáfrica, iniciaron programas de RBC usando personal de los Centros de Atención Primaria de la Salud. Al inicio de estas experiencias los programas se enfocaban principalmente en la fisioterapia, los dispositivos de asistencia personal y las intervenciones médicas y quirúrgicas, así como actividades educativas y capacitación de destrezas o programas de generación de ingresos. Posteriormente, en 2004, enfocando la RBC en los derechos humanos y buscando tomar acciones para combatir la pobreza, programas buscaron un desarrollo inclusivo, potenciando la participación de las personas con discapacidad, sus familiares y organizaciones, para lograr comunidades más accesibles y desarrolladas; mejores para todos.

Burgos Moraga (2016) en una investigación titulada Planificación estratégica para el centro comunitario de rehabilitación (CCR) de la comuna de padre las casas, región de la Araucanía, señala que, en el contexto chileno, la rehabilitación integral desde la APS, se ha desempeñado como un modelo de rehabilitación con base comunitaria de Rehabilitación Basada en la comunidad, la cual ha aunado los recursos y esfuerzos de varios sectores como salud, educación y el trabajo local desarrollado por los municipios y la comunidad.

Continúa el autor relatando que uno de los primeros avances lo constituyó la incorporación progresiva de la estrategia en algunos establecimientos de salud, enfocada principalmente en acrecentar la cobertura de atención y aumentar la inclusión social y en otros se partió desde el tratamiento de las principales patologías y los principales los síntomas osteomusculares avanzando posteriormente a brindar otros servicios y prestaciones hacia la comunidad.

Por otro lado, la unificación de este modelo de atención, centrado en la familia y la comunidad, dentro de la APS, se reflejó a través de la unión de las salas

de RBC en el modelo médico-arquitectónico de los nuevos proyectos de Centros de Salud Familiar (CESFAM) en Chile. Estos centros cuentan con los servicios de un Kinesiólogo y un Terapeuta Ocupacional durante 44 horas semanales cada uno, y también recursos para la adquisición de equipamiento e insumos.

Radtke B. (2014) en su trabajo, *La rehabilitación basada en la comunidad, una propuesta de política nacional que fomente la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*”, concluye que, a pesar de toda esta normativa, se carece de aquellas que planteen “estrategias concretas para promover el respeto a la diversidad y la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad”. Además, agrega que en el país no existe un registro destinado a llevar la información estadística de las personas con discapacidad, concluyendo que las cifras de discapacidad en el Perú no son confiables y que, debido al crecimiento demográfico, unido al aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento y las enfermedades crónicas conllevará a un incremento de las personas con discapacidad.

Por lo general las personas con discapacidad tienen una mayor necesidad de servicios de salud, pero muchas veces este camino está repleto de barreras. Existen obstáculos físicos como rampas, veredas y escaleras en los establecimientos de salud, que se consideran como barreras para el acceso a salud.

Una investigación realizada en Puno, titulada: *Discapacidad, pobreza y desigualdad social en Puno: un tema multidimensional y multifactorial desde la perspectiva sociológica* indicó que a medida que aumenta el nivel de discapacidad disminuyen los niveles de ingreso de las familias tales como; alimentación, salud y servicios, así como la posibilidad de acceso a mejores condiciones de salud, vivienda y bienestar individual y social. (**Inquilla Mamani**, 2015)

Retto Tafur (2018) en su investigación: Ruralidad y uso de servicios informales de salud en personas con discapacidad de Perú: Análisis de una encuesta nacional, Añade que todas las limitaciones que se mencionaron anteriormente, se acentúan en las zonas de poco acceso, debido a una deficiente distribución de los recursos económicos y de los servicios básicos; afirmando que, debido a esto, existe además un limitado acceso a la educación, salud y transporte. Agrega, además, como resultado de su investigación, el 60% de las personas con discapacidad no cuentan con un seguro de salud.

Finalmente concluye que probablemente en las zonas urbanas, las personas no consultan a un médico debido a la percepción de no gravedad de enfermedad no relacionada con la discapacidad, los largos tiempos de espera para conseguir una cita médica, y, por último, la falta de confianza en el personal de salud debido a experiencias de maltrato por parte del personal médico.

En Chile, el **Servicio Nacional de la Discapacidad – SENADIS** (2015) creó un Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situaciones de alta dependencia, donde tocan temas relacionados a la alimentación, medicación, comunicación, familia, estrategias para movilizar, etc., cuya finalidad es la de ofrecer herramientas concretas en el cuidado del familiar discapacitado o usuario y el suyo.

Por lo general las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de servicios de salud, pero muchas veces este camino está repleto de barreras. Existen obstáculos físicos como rampas, veredas y escaleras en los establecimientos de salud, que se consideran como barreras para el acceso a salud. (Retto Tafur, 2018)

Una investigación realizada en Puno, indicó que a medida que aumenta el nivel de discapacidad disminuyen los niveles de ingreso de las familias, así como la posibilidad de acceso a mejores de condiciones de salud, vivienda y bienestar individual y social. (**Inquilla Mamani** 2015)

Retto Tafur (2018) añade que todas las limitaciones que se mencionaron anteriormente, se acentúan en las zonas rurales, debido a una deficiente distribución de los recursos económicos y de los servicios básicos; afirmando que, debido a esto, existe además un limitado acceso a la educación, salud y transporte. Agrega, además, como resultado de su investigación, el 60% de las personas con discapacidad no cuentan con un seguro de salud.

Finalmente concluye que probablemente en las zonas urbanas, las personas no consultan a un médico debido a la percepción de no gravedad de enfermedad no relacionada con la discapacidad, los largos tiempos de espera para conseguir una cita médica, y, por último, la falta de confianza en el personal de salud debido a experiencias de maltrato por parte del personal médico.

Un estudio realizado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, donde se han realizado trabajos con poblaciones en condiciones de inequidad, con diferencias étnicas, en situación de discapacidad y pobreza, como resultado de ello, se creó un Programa Educativo dirigido a los cuidadores familiares de ancianos campesinos en situación de discapacidad y pobreza, en especial a las mujeres quienes mayoritariamente por cuestiones socioculturales, asumen esta responsabilidad.

El programa estaba basado en 6 sesiones distribuidas mensualmente, y cada una de ellas comprendía 5 fases: sensibilización, información culturalmente adaptada, toma de decisiones, compromisos de acción y cierre. Cada encuentro se desarrollaba en un ambiente de confianza, de intercambio y reconocimiento de creencias y valores de los cuidadores, esto a través de la utilización de simbología y lenguaje inclusivo y cotidiano. El factor angular de éxito era crear redes de afecto, empatía entre ellos y el autorreconocimiento de ellos y su familia. Además, se crean relaciones horizontales entre estos y el personal de salud, mediante el reforzamiento de sus conocimientos, la valoración de los esfuerzos que realizan y la celebración de los logros

obtenidos, permitiendo la fijación de nuevas metas y compromisos de cuidado de la salud. (Velásquez, López, Cataño, & López, 2015)

En Chile, el **Servicio Nacional de la Discapacidad SENADIS** (2015) creó un Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situaciones de alta dependencia, don de tocan temas relacionados a la alimentación, medicación, comunicación, familia, estrategias para movilizar, etc., cuya finalidad es la de ofrecer herramientas concretas en el cuidado del familiar discapacitado o usuario y el suyo.

2.2. Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema

2.2.1. Conceptualización de la calidad de vida.

Cuando hablamos de concepto de calidad de vida, tenemos una amplia gama de autores, el concepto de Calidad de vida ha ido evolucionando a través del tiempo. Por ejemplo, antiguos filósofos y grandes pensadores de la historia, como Platón y Aristóteles dialogaban sobre lo que significaba el bienestar o la felicidad, sin embargo, solo hasta tres décadas atrás fue que comenzó el auge de los estudios de la conceptualización de la Calidad de Vida, pasando a ser una guía de la planificación que se centra en el individuo, buscando la valoración de resultados y el incremento de la calidad de vida.

Este desarrollo ha ido progresando en los 60s y 80s, fundamentalmente con el fin de aumentar la inclusión de las personas con discapacidad, su integración social, e igualdad de oportunidades para distintos grupos sociales de esa época.

Proseguimos con los años 90 y principios del 2000, con la llegada del nuevo milenio también cambiaron y se resaltaron “principios de igualdad, inclusión, capacitación, oportunidades de crecimiento”,

desde un punto de vista basado en hechos reales (**Gilabert & Vilaregut**, 2015, p.31)

Como vemos no existe términos ni criterios únicos para dictaminar calidad de vida, “Así, se puede llegar a una definición global: nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida” (**Robles et al.**, 2016, p. 121).

Este concepto ha ido cambiando y ampliándose, viéndose considerado en las políticas sociales de manera más evidente hasta llegar a la actualidad, momento en el que vemos un significativo interés por el bienestar percibido por las personas. Con ello, la discapacidad y las deficiencias se han tenido en mayor consideración para desarrollar políticas de mejora de la Calidad de Vida, así como para valorar el impacto de los programas creados en los estilos de vida de las personas a las que van dirigidos. Así mismo vemos como este concepto se ha convertido en un aspecto importante en las políticas sociales, dirigidas a facilitar la participación y accesibilidad a todos los individuos, de esta manera facilitando el accionar de la gestión pública dirigida a esta rama (**Gilabert & Vilaregut**, 2015).

Tenemos otra definición de Calidad de Vida como: “la percepción de una persona sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los cuales vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones, concepto de amplio rango afectado de una manera compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su relación con características sobresalientes de su ambiente”. (**Gilabert & Vilaregut**, 2015, p. 33)

De acuerdo con **Gilabert y Vilaregut** (2015), existen 8 dimensiones básicas de la Calidad de Vida son: las relaciones interpersonales, la

inclusión social, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, el bienestar material, el bienestar emocional y los derechos. Donde se ha logrado el acuerdo de establecer unos indicadores propios para cada una de las respectivas dimensiones de las que se compone el concepto. También, se considera necesario evaluar tanto los aspectos subjetivos como los objetivos de la Calidad de Vida. Para la parte subjetiva cabe resaltar que para evaluar si una persona está satisfecha con su vida se debe medir su nivel de satisfacción y compararla con el resto. Siempre que esto no ocurra con la media de satisfacción es necesario identificar los factores personales o ambientales que lo expliquen. En cuanto a la medición de los aspectos objetivos, señalar que, para determinar la eficacia de un programa, para mejorarlo o cambiarlo, se deben utilizar indicadores objetivos en relación a experiencias y circunstancias de la vida. Y, por último, encontramos acuerdo en la necesidad de centrarse en los predictores de resultados personales de calidad, lo cual implica tener en cuenta las características personales.

Finalmente, paulatinamente tenemos con una perspectiva de análisis basada en la participación de los propios consumidores en la investigación y evaluación del concepto. Además, podemos hallar que la medida de la Calidad de Vida se basa en los algunos principios: a) Determina el grado en que las personas vivan las experiencias más importantes que valoren; b) valora el grado en que las dimensiones apoyan a una vida a plenitud e interconectada; c) tener en cuenta el contexto de los ambientes físico, socioeconómico y cultural; d) Presenta la medida tanto de experiencias humanas comunes, como las únicas e individuales (**Gilabert & Vilaregut, 2015**). Con los datos que obtengamos podemos mejorar la calidad de vida de las personas que estén destinadas a integrar el proyecto de investigación y/o gestión.

2.2.2. Definición de Discapacidad.

Este es un concepto clásico, que se describe como a las personas que exhiben ciertos defectos físicos, intelectuales o sensoriales hasta cierto punto, lo que afectará la forma en que interactúan plenamente con los demás y participan en la sociedad a largo plazo, hace larga data se tiene registro de personas con características "distintas" los cuales han sido, separados paulatinamente de la sociedad y excluidos durante mucho tiempo.

A continuación, describiremos como ha ido evolucionando los conceptos acerca de discapacidad.

Posiblemente se inició después de la Segunda Guerra Mundial y se refiere a funciones personales, que incluyen discapacidad física, sensorial, cognitiva, intelectual y diversas enfermedades crónicas, las personas tienen diferentes puntos de vista sobre la discapacidad en diferentes períodos históricos y civilizaciones.

Buscando referencias bibliográficas nos podemos dar cuenta que una de las últimas revisiones de definición de discapacidad data del año 2011, donde Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011), describe a la discapacidad como "un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"(s/n). Con esta definición nos damos cuenta que la OMS, toma el enfoque social de la diversidad funcional (que describimos más adelante), lo cual nos da una luz de esperanza que otras instituciones puedan unirse a este tipo de enfoque y poder realizar gestiones públicas a favor que esto se cumpla completamente en la práctica, haciendo ver que la persona discapacitada es igual que una persona que no lo es.

Entonces podemos concluir que existen múltiples definiciones de discapacidad, quedándonos con la que más se acerca a la igualdad de derechos, que es el modelo de enfoque social, además también existe publicación en nuestra legislación (peruana), que avala lo anteriormente señalado, pero creemos que del papel a la realidad aún hay una brecha relativamente grande que podremos ir acortando cada vez que nos pongamos a pensar más en la igualdad social, y menos en intereses comunes, un ejemplo de lo anteriormente dicho, es, que cuando se presentan candidatos para puestos públicos, muy pocos van enfocados a los problemas de personas con discapacidad, casi siempre se enfocan en problemas de público más grande, con lo que obtendrían más votos, dejando de lado, o al final a la persona con discapacidad.

2.2.3. Enfoques sobre la discapacidad.

Iniciaremos con los enfoques de Discapacidad, también conocidos como modelos, siendo los siguientes que mencionamos los más resaltantes:

Este contenido se extrae de **Salmon et al.** (2015), el cual parafraseando se puede obtener:

A. El enfoque o modelo de prescindencia.

La Palabra Prescindir significa “dejar de contar con ella, aplíquese a objeto o persona”. En este enfoque o modelo, las personas discapacitadas se consideran innecesarias por varias razones: porque las personas piensan que no están contribuyendo a las necesidades de la comunidad, transmiten mensajes demoníacos, son el resultado de la ira de los dioses, se asumía que sus vidas eran insignificantes y que, por lo ende, no valía la pena que estuviesen vivos. Debido a estas creencias, la sociedad ha decidido evitar a los discapacitados aplicando lo que ahora se considera una política eugenésica, o colocándola en un espacio para personas anormales y pobres. En este

modelo se pueden distinguir dos tipos de paradigmas o submodelos, que si bien son consistentes en los supuestos sobre el origen de la discapacidad. Respecto al primer submodelo, indica que la eugenésica, donde básicamente describe a todas aquellas culturas a las que eran mejor tomar la vida de estas personas cuando aún eran niños o infantes, pensando que de esta manera les evitarían sufrimientos futuros, el segundo submodelo, propone la marginación de estas personas, propone que este tipo de personas (discapacitados) no merecer pertenecer a la sociedad, por lo que eran relegadas y excluidas, era la respuesta social que generaba mayor tranquilidad, a diferencia de la eugenésica, ya no se comete homicidio ni infanticidio, con lo cual, nos imaginamos que la sociedad tendría la “conciencia tranquila”.

B. El enfoque o modelo médico o rehabilitador.

Este tipo de enfoque o modelo, a diferencia del anterior, donde consideraban inútiles a las personas discapacitadas, aquí observamos que estas personas son consideradas como carentes de algún aspecto en su vida, llámese deficiencia intelectual, física, psíquica, etc. En este tipo de enfoque se considera la discapacidad como un problema exclusivamente del individuo, pero que con cuidado médicos, tratamiento, y/o rehabilitación, puede llegar a “curarse”, este enfoque tuvo un auge con la llegada de las primeras grandes guerras, como la Primera Guerra mundial, donde se evidenciaba que existían personas, que antes fueron soldados, hoy solamente son personas mutiladas, y el auge de la legislación laboral, por otra parte, aunaron esfuerzos para entender realmente la forma de entender la diversidad funcional: los impedimentos físicos y mentales dejaron de ser considerados castigos de una deidad, quedando desfasado el modelo anterior, con lo que fue aumentando la preocupación por resolver este tipo de

enfermedades, las que con un tratamiento y leyes que lo apoyen podrían volver a incluir a la persona dentro de la sociedad.

C. El enfoque o modelo social de la diversidad funcional.

En este enfoque, se cambia el eje de definición del fenómeno “deficiencia” con “discapacidad”, las que anteriormente estaban estrechamente relacionadas, en este caso, enfoque a que el problema de “deficiencia” no es de la persona, sino más bien pasa a ser un “deficiencia de la sociedad”, así se llega a la conclusión que el problema de la discapacidad es básicamente las limitaciones sociales que hoy se conoce como el modelo social de la diversidad funcional tiene sus orígenes en el Movimiento de Vida Independiente, Este modelo tiene abundantes coincidencias con valores que tienen base en derechos humanos, tales como la libertad, autonomía, relacionada al desarrollo del sujeto moral, dignidad, respeto, la igualdad inherente al ser humano y solidaridad. En consecuencia, luego de todo lo expuesto, en estos últimos años se ha venido gestando diferentes formas de responder a las necesidades de las personas con discapacidad, que se basan en los derechos humanos y en los valores intrínsecos que estos ameritan, con lo que ha obligado a tener un punto de vista distinto a lo que conocíamos como discapacidad, centrada en primera instancia como la condición de igualdad en derechos y deberes en todos los seres humanos, dejando de lado como excusa la discapacidad, en segundo tiempo, la diversidad funcional es una condición que acompaña a esta y que necesita determinados factores que contribuyan a garantizar el goce de derecho a la igualdad como el resto de las personas, todos estos principios en realidad tienen como finalidad que las personas con discapacidad se integren a la sociedad en igualdad de condiciones, con un pleno desarrollo de sus planes de vida (**Salmon et al.**, 2015).

En el **PPR 0129** del MINSA, (2019) se expone que en el último cuarto de siglo la discapacidad ha sido definida mediante tres enfoques fundamentales: diagnósticos o categórico, funcional y social.

- D. El enfoque categórico o de diagnóstico de la discapacidad.
Este está centrado en la enfermedad de la persona, siendo la causa un trauma o el deterioro de la persona.

- E. Un enfoque funcional de la discapacidad.
Se hace referencia a la imposibilidad de realizar acciones de suma importancia en la cotidianidad como trabajar, desplazarse, ser independiente, etc.

- F. El enfoque social de la discapacidad.
Está enfocado en las barreras personales del individuo y el intercambio con el medio que lo rodea.
Se hace énfasis en que la discapacidad puede tener varios enfoques al mismo tiempo.

2.2.4. Tipos de discapacidad.

Una vez llegada a esta parte cabe resaltar que existe clasificaciones para la discapacidad, según la **Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud - CIF** (2001), publicado por la OMS, el 22 de mayo del 2001, refiere los siguientes tipos de discapacidad, reconocidos por 191 países:

- **Discapacidad sensorial visual;** Aquí podemos agrupar a las personas que han perdido su capacidad visual, agudeza visual, pérdida de órgano de la vista, haciendo que pierda el sentido de la vista total o parcialmente.
- **Discapacidad sensorial auditiva;** de la misma manera, aquí se resalta la pérdida total o parcial del sentido de audición en uno o en ambos oídos, también engloba la dificultad o discapacidad

de la comprensión y comunicación del lenguaje verbal y/o escrito, lo que comprende dificultad para emitir o recibir mensajes, esta discapacidad se encuentra estrechamente relacionada con el nivel de aprendizaje de la persona.

En ambos casos puede ser de manera congénita adquirida o genética.

- **Discapacidad físico locomoción;** Aquí tenemos a las personas que tienen discapacidad para la manipulación de objetos, coordinación de las partes del cuerpo, poder caminar, expresión corporal, coreas, entre otros, dificultando el traslado, e incluso llegando a utilizar prótesis para poder tener un desplazamiento sin dificultades.
- **Discapacidades Intelectuales;** Este tipo de discapacidad incluye a las personas que presentan dificultad para realizar nuevo aprendizaje, existiendo niveles, como leve, moderado, grave y profundo, dependiendo de estos niveles, incluso el compromiso de la supervivencia de la persona.
- **Discapacidad Psíquica;** Aquí podemos señalar que la persona presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, que dificulta su interacción con otras personas, incluso llegando a esquizofrenia bipolaridad trastorno esquizomorfo, entre otros.

Podemos observar que cuando hablamos de tipos de discapacidad, dependiendo del órgano o lugar afectado, la persona va presentar una gama de dificultades que no le permiten desarrollarse plenamente, incluso en algunas como la discapacidad intelectual profunda, compromete la vida del individuo ya que el mismo se pone en riesgo, al no tener nociones de peligro.

2.2.5. Discapacidad y la Sociedad.

Podemos decir que la discapacidad ahora se encuentra en la fase que se intenta incluirlos en la sociedad en igualdad de derechos, pero

no siempre fue así, pues ésta a lo largo de nuestra historia se ha visto inmiscuida por un cáncer social llamada discriminación, pasando desde las sociedades antiguas, donde era común el infanticidio cuando se presentaban anormalidades y/o deformidades en los niños y niñas, luego la iglesia católica reprochó este tipo de acciones, pero dio a la discapacidad una connotación sobrenatural y esotérica , llegando en algunos casos exorcismos a personas con discapacidad y a los niños con la misma, posteriormente en la década de los 40, el imperio nazi esterilizaba a las personas con discapacidad, en estos días vemos aquello realizado como una salvajada o como una sociedad anticuada que castigaba al discapacitado por el simple hecho de serlo, pero ¿Cuánto hemos avanzado desde esas épocas ahora?, en realidad ¿estamos dispuestos a brindar un trato igualitario? Y de ofrecer las mismas oportunidades para todas las personas, así como, de rehabilitación, de inclusión social, en igualdad de derechos (**Aleman**, 2010, p. 1).

De acuerdo al INFORME MUNDIAL DE DISCAPACIDAD (2011), la discapacidad es algo inherente a la humanidad, que afecta gran parte de la población a nivel mundial:

se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial. Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%), de 15 años y más viven con una discapacidad. (p. 8)

Actualmente hacemos énfasis en el enfoque De Inclusión Social en igualdad de derechos, pero sabemos que, como todo, tiene un proceso, así que con el tiempo podremos hablar de un modelo Social Inclusivo en la mayoría de los países, y que estos se cumplan en la práctica.

2.2.6. La Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC).

Esta es una definición que incluyen dos términos estudiados anteriormente, la Discapacidad y su mejoramiento en la calidad de vida, esta misma (RBC) inicia su aplicación en los años 80s, con lo que rápidamente se convierte en una estrategia importante y multisectorial, con lo que hace fácil el acceso a las personas con discapacidad hacia sus necesidades básicas, como acceder a servicios sociales educativos, laborales, sanitarios entre otros importantes. EL rol básico de la RBC es que las personas con discapacidad y sus familias sean consideradas en todas las áreas de manera integral en su vida, para mejorar la calidad de esta misma. Puede ser considerada como estrategia propuesta por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud que cuenta con orientaciones y lineamientos desde los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Como dijimos anteriormente en los años ochenta, teníamos una RBC, enfocada y centralizada en la rehabilitación, con un énfasis en el modelo médico, buscando alcanzar la normalidad desde una relación quizás hegemónica y de poder. Para finales de los noventa y en los dos mil, cambia completamente la estrategia en un contexto donde el concepto de la discapacidad se alejaba de la enfermedad, transitaba hacia una condición o una situación, basada en el modelo social, que estipula que los derechos de los discapacitados son iguales en condición, tanto como los demás ciudadanos (**Rehabilitación Basada en la Comunidad**, 2012).

La Rehabilitación Basada en la Comunidad de hoy en día tiene como base los valores éticos, responsabilidades individuales y colectivas, donde la finalidad, tiene un sentido compartido, siempre tratando de buscar un fin altruista que será en beneficio de las personas con discapacidad. Si bien es cierto, debemos implementar Rehabilitación Basada en la Comunidad, pero basada en proyectos, estudios y

políticas públicas para que esto se ponga en práctica, y no quede nada más en normas que difícilmente se cumplirán. Es obvio que la implementación de esta no será nada barata, pero es un esfuerzo que se debe hacer en cada país para poder hacer la inclusión de nuestras personas con discapacidad, también somos conscientes que es un proceso a largo plazo, con una perspectiva histórica y cultural, además de enfoques que puedan ser sostenidos a través del tiempo, que se transmitan de una generación a otra, sobrellevando las barreras de lo físico y económico.

En la vida de día a día, nos encontramos con experiencias distintas en Latinoamérica debido a la gran diversidad cultural que tenemos los latinos, no por ello, debemos bajar las fuerzas y el impulso que conseguimos para continuar con la Rehabilitación Basada en la Comunidad que se pueda aplicar en cada país de América latina, pues aunque tome algún tiempo en ser implementada y realizada a conciencia y cabalidad, emergerá de la crisis y se transformará con el impulso de la Convención por los derechos de las personas con discapacidad (**Grech** ,2015).

La situación de RBC en Latinoamérica es variable, y lo mencionamos a continuación:

El contexto que vive la RBC en Bolivia se caracteriza por la situación de desigualdad y exclusión en que se encuentran la mayoría de las Persona con Discapacidad, siguen siendo discriminados en los diferentes ejes de desarrollo socioeconómico del país. Constantemente vulneran sus derechos Principales, en ellos como en sus familiares, así como también en su entorno social, esta se ve aún más afectada pues se encuentra, la mayoría de personas con discapacidad en pobreza o extrema pobreza, por ejemplo no cuentan con registro nacional de personas con discapacidad, se estima que alrededor del 10% de la Población boliviana se encuentra con algún tipo o nivel de discapacidad, una de las instituciones más

preocupadas por esta situación es La Fundación Arquidiocesana Padre Ignacio Zalles (FAPIZ), quien se encuentra organizando diferentes tipos de atención, médica, educación, laboral, estimulación temprana, entre otras, esta institución pertenece a la Iglesia Católica de Cochabamba, más el gobierno, aparenta restarle importancia a la persona con discapacidad (**Díaz, et al.**, 2012).

Para Chile, en cuanto se refiere a Rehabilitación Basada en Comunidad, podemos decir que ellos tienen una política pública fortalecida, asumida directamente por instancias gubernamentales, cuenta con organismos como **Ministerio de Salud de Chile MINSAL** y el **Sistema Nacional de Discapacitados SENADIS**. Podemos observar que Chile se encuentra más preparado para afrontar este problema de salud pública. Cabe resaltar que no hace mucho que se ha implementado esto, pues desde el año 2008 que se tiene en ejercicio, y ahora se busca evaluar y monitorizar los agentes preparados para RBC, se cuenta que en los distintos niveles de intervención expresados principalmente a través de los componentes de intervención comunitaria y de gestión se han realizado las respectivas mejoras e implementaciones(**Guajardo et al.**, 2015).

2.2.7. Enfoque desde la Atención Primaria de Salud (APS).

La RBC permite realizar acciones a favor de la Atención Primaria en salud, teniendo como finalidad, el máximo nivel de salud posible en las personas con discapacidad, también pone en conocimiento a estas, de las atenciones en promoción y prevención de la salud, un eje importante para la atención de estas son los puestos base, centros de salud, redes y micro redes en MINSA, es decir el primer nivel de atención. Esto está estrechamente relacionado con la participación comunitaria, ya que los profesionales de la salud están acostumbrados a trabajar con proyectos y programas en un período de tiempo, apoyado de la comunidad. La Atención Primaria en salud es definida como la “atención sanitaria esencial, basada en la

práctica, en la evidencia científica, metodología y a tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación y a un costo que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener cada nivel de desarrollo un espíritu de auto dependencia y autodeterminación”. Todo lo anteriormente mencionado se considera también para las personas con discapacidad, puesto que en algunos lugares siguen siendo víctimas de discriminación, la atención primaria en salud debe contener ciertas características tales como:

- Ser reflejo de las condicionantes de un país y sus comunidades.
- Debe dirigirse a los principales problemas y necesidades en salud de la comunidad.
- Es la atención integral que incluye el abordaje en salud y enfermedad desde la promoción, la educación, la prevención, el diagnóstico, la curación, la rehabilitación y la paliación.
- Requiere como mínimo: o Educación y prevención sobre los problemas de salud más frecuentes.
- Promoción de la alimentación saludable.
- Suministro de agua potable y saneamiento básico.
- Asistencia para la salud materna e infantil.
- Tratamiento adecuado para las enfermedades frecuentes.
- Debe articularse con múltiples sectores (acción intersectorial).
- Promueve la participación comunitaria para trabajar por el desarrollo de los individuos y sus comunidades
- Requiere de profesionales de la salud formados y multidisciplinarios para responder a las necesidades de su comunidad, integrando los saberes científicos y tradicionales (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Como podemos observar, la RBC y la APS están estrechamente relacionadas entre sí, con lo que se puede avanzar a manera de

simbiosis, en la atención de las personas con discapacidad y a favor de realizar nuevas políticas públicas que mejoren su condición.

A. APS - Acceso y Cobertura Universal.

Se sabe que no todas las personas acceden a servicios de salud, mucho menos se puede hablar de una cobertura universal en salud, para esto podemos decir, que, el acceso se conceptualiza como la “capacidad usar los servicios de salud, oportunos y de calidad” de manera general, como población o a manera individual, va de la mano con la promoción de la salud, educación, diagnóstico, tratamiento y prevención de cualquier enfermedad. Por otra parte, tenemos la definición de Acceso universal (**Hernandez**, 2017).

Tenemos el otro término, la cobertura en salud, la cual se define como la “si una población es capaz de responder a sus propias necesidades con tecnología y atención médica (incluyendo medicamentos) y autofinanciamiento. La cobertura universal de salud implica lo mismo solo que sujeto a toda la población”. Este tipo de estrategia propone cuatro lineamientos estratégicos: (i) acceso equitativo a los servicios de salud integrales, (ii) gobernanza y rectoría, (iii) autofinanciamiento para disminuir el pago directo y gasto de bolsillo, además para disminuir las barreras de accesibilidad, y (iv) el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para considerar los determinantes sociales. Concretamente, los recursos humanos en salud se consideran como uno de los pilares fundamentales para avanzar progresivamente hacia el acceso y cobertura, sin embargo, aún persisten brechas en su disponibilidad, idoneidad y formación para poder responder a estos desafíos. Se recomienda para América Latina la formación y distribución de los profesionales de la salud en este tipo de temáticas se hace necesaria, enfrentando el déficit de profesionales que tiene la región.

En Perú esta experiencia incluye el tema de acceso y cobertura universal en la formación de APS, la cual también se basó en la definición de capacidades de la OPS para la APS renovada. (OINSA ORG, 2015).

B. Calidad en Atención Primaria en Salud.

Cuando hablamos de calidad de atención primaria nos referimos a la excelencia y optimización de una atención hacia la población en general, en este caso enfocada hacia la persona con discapacidad, que esta se sienta satisfecha y conforme con su atención, antes de lo imaginado, este enfoque resaltaba sobre la prevención y gestión de problemas de salud, surgió como una buena alternativa atractiva y generó optimismo sobre la viabilidad de la lucha contra la inequidad para mejorar la salud mundial (**Rehabilitacion Basada en la Comunidad**, 2012).

2.2.8. La integración como proceso de Inclusión/Exclusión Social.

Cuando hablamos de "integración social" se piensa frecuentemente en un sentido meramente positivo, como si fuese el paso a un estatus de normalidad social a partir de diversas situaciones de segregación a la excepcionalidad.

En este caso, desde el planteamiento de inclusión social, se podría definir como cuando la persona con discapacidad se desenvuelve con la "normalidad", que lo haría cualquier otra persona, para eso existe un objeto de la integración, además, remite a unos parámetros de derechos y deberes sociales que serían capaces de asegurar la integración social satisfactoria de quienes se encuadren en ella; para mencionar alguno más importante, sobresale el "derecho a la integración" en el sentido de asegurar a todas las personas, por el simple hecho de serlo, unos mínimos de sobrevivencia orientados precisamente a evitar las situaciones extremas de exclusión social. Cuando se habla del concepto de "integración" indica que se tiene

que transformar las políticas públicas de integración en política. Estas políticas de integración, estas mismas buscan grandes equilibrios de homogenización de la sociedad a partir de la integración (Roulet, 2015).

2.3. Normativas que amparan a las personas con Discapacidad

2.3.1. Normativa a nivel internacional.

En materia internacional, se distinguen, entre los principales documentos normativos relacionados con la discapacidad, los siguientes:

➤ **Declaración Universal de los Derechos Humanos:**

- Artículo 1: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.”*
- Artículo 2: *“Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.”*
- Artículo 7: *“Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.”*
- Artículo 22: *“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”*
- Artículo 25.1: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la*

salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

- *Artículo 27: “Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten” (Naciones Unidas, 1948, s/n)*

➤ **Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad**

Se firmó con los objetivos expresados en su Artículo 1: *“la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.”* (Organización de los Estados Americanos, 1999, s/n)

Nuestra investigación busca fomentar espacios familiares, laborales, escolares y comunitarios libres de discriminación, donde sean aceptadas plenamente las personas con discapacidad.

➤ **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.**

Esta fue aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2006, cuyo propósito expresado en el Artículo 1 es: *...“promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con*

discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”
(Naciones Unidas, 2008, p. 4)

Por lo general, las personas con discapacidad son susceptibles a que se vulneren sus derechos. Conocerlos permite crear políticas públicas y estrategias de salud efectiva y bien cimentada, en beneficio de esta población.

2.3.2. Normativa a nivel nacional

En el Perú, existe un amplio marco normativo para las personas con discapacidad entre las que se encuentran:

➤ **Constitución Política del Perú (1993)**

- *Artículo 7.- “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad” (s/n)*

Desde la Carta Magna se vela por la seguridad y la no transgresión de los derechos de las personas con discapacidad; además estructura las bases para el establecimiento de otros derechos, así como su integración social.

- **Ley N° 29973** Ley General de la Persona con Discapacidad cuyo fin es *“establecer el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica”* (Congreso de la República Ley 29973, 2012, p. 482001)

En el Capítulo IV SALUD Y REHABILITACIÓN, se expresan diversos derechos como en el

- Artículo 26: Derecho a la salud: *“la persona con discapacidad tiene el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. El Estado garantiza el acceso a prestaciones de salud integrales de calidad e implementados El Peruano con infraestructura, equipamiento y recursos humanos capacitados incluidas la rehabilitación, y la salud sexual y reproductiva.”*
- Artículo 27: Aseguramiento:
27.1: *“El Ministerio de Salud garantiza y promueve el ingreso de la persona con discapacidad a un sistema de aseguramiento universal que garantice prestaciones de salud, de rehabilitación y de apoyo de calidad...”*
(Congreso de la República Ley 29973, 2012, p. 482002)
- Artículo 28 Seguros de salud y de vida privados: (Congreso de la República Ley 29973, 2012, p. 482002)
- Artículo 29 Atención en la comunidad: *la persona con discapacidad tiene derecho a que la atención respecto a su salud y su rehabilitación integral se preste dentro de la comunidad en la que vive, bajo un enfoque intercultural, a través de los servicios y programas de salud generales, sin perjuicio de la obligación del Estado de contar con servicios especializados y realizar acciones de prevención de acuerdo a los tipos de discapacidad existentes*
- Artículo 30 Servicios de intervención temprana: *el niño o la niña con discapacidad o con riesgo de adquirirla, tiene derecho a acceder a programas de intervención temprana. Los Ministerios de Educación, de Salud, de Desarrollo e Inclusión Social, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en coordinación con los gobiernos regionales y las municipalidades aseguran la implementación de programas de intervención temprana, con énfasis en el área rural.* (Congreso de la República Ley 29973, 2012, p. 482002)

la Ley N° 29973 - Ley General de la Persona con Discapacidad. El Congreso de la República en la Ley N° 30669, (2017), que promulga:

- Artículo 33 *“Medicamentos, tecnologías de apoyo, dispositivos y ayuda compensatoria.”*
33.1 *“El Ministerio de salud y los gobiernos regionales garantizan la disponibilidad y el acceso la persona con discapacidad a medicamentos de calidad, tecnologías de apoyo, dispositivos y la ayuda compensatoria necesaria para su atención, habilitación y rehabilitación, tomando en cuenta su condición socioeconómica, geográfica y cultural.”* (p. 3)

A pesar de que por ley está establecido que es responsabilidad del Estado a través del Ministerio de salud y los Gobiernos Regionales el acceso a dispositivos de asistencia para las personas discapacitadas, esto no se ve reflejado en la cotidianidad. La realidad difiere de este marco legal.

- **Ley N° 29889** Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los Derechos de las Personas con Problemas de Salud Mental.
 - *Artículo 1: Modificación del Artículo 11 de la Ley 26842 Ley General de Salud, modificado por la Ley 29737 en los siguientes términos:*
... Además de los procedimientos y derechos establecidos en el artículo 15 de la presente Ley, en la atención de la salud mental se considera lo siguiente:
 - a) *La atención de la salud mental se realiza en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial.*

- b) *La atención de la salud mental se realiza preferentemente de manera ambulatoria, dentro del entorno familiar comunitario y social.*
- *Artículo 2: derechos de las personas con discapacidad mental.*

2.2 Las personas con discapacidad mental tienen derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad. El Estado garantiza a estas personas el acceso a servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo en la comunidad para facilitar su inclusión social y evitar su aislamiento, institucionalización y abandono. (Congreso de la República, Ley N° 29889, 2012, p. 468951)

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Reforma de la atención en salud mental.

El poder Ejecutivo, en el marco de lo establecido en la presente Ley y en los instrumentos internacionales de protección de derechos humanos impulsa un proceso de reforma de la atención de salud mental con el fin de implementar un modelo de atención comunitario.

Como parte de este proceso se debe priorizar: ...

- b) *La conformación de redes de atención comunitaria de carácter multidisciplinario.*
- c) *El desarrollo de infraestructuras intermedias para la atención de la salud mental, tales como centros de salud comunitaria, hospitales de día, residencias y programas dirigidos a personas en situación de calle, entre otros.*
- d) *La incorporación del componente de salud mental en la formación de profesionales y técnicos de la salud.*
- e) *El acceso universal y gratuito al tratamiento de problemas de salud mental. (Congreso de la República, Ley N° 29889, 2012, p. 468952)*

En concordancia con lo propuesto en nuestra investigación, tenemos los artículos citados anteriormente que promueven el manejo de estos temas desde un enfoque de atención primaria de salud y salud con base comunitaria.

- **Ley N° 30020** Ley que crea el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Artículo 2. Objetivos del Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. Los objetivos del Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias son:

- a) Crear y mantener un sistema nacional integral de salud para prevenir y atender a las personas con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*
- d) Garantizar los derechos de las personas con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias a una vida digna, basada en una atención y tratamiento de calidad.*
- e) Fomentar campañas de prevención primaria y promoción en los niveles nacional, regional y local para la detección temprana de estas demencias, cuando fuera el caso.*
- f) Crear y fortalecer un sistema nacional de centros de atención integral para que los pacientes con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias reciban atención especializada en la comunidad, así como para informar, apoyar, capacitar y brindar ayuda psicológica a las personas cuidadoras, sean estas profesionales o familiares, en coordinación con los gobiernos regionales y los gobiernos locales. (Congreso de la República, Ley N° 30020, 2013, p. 494658)*

Se evidencia la necesidad del trabajo de la discapacidad desde el primer nivel de atención de salud.

- **Ley N° 30119** Ley que concede el Derecho de Licencia al Trabajador de la Actividad Pública y Privada para la Asistencia

Médica y la Terapia de Rehabilitación de Personas con Discapacidad. (Congreso de la República, Ley N° 30119, 2013)

Artículo 1. Objeto de la Ley La presente Ley tiene por objeto establecer el derecho del trabajador de la actividad pública y privada. a gozar de licencia para la asistencia médica y la terapia de rehabilitación que requieran sus hijos menores con discapacidad, menores con discapacidad sujetos a su tutela, mayores de edad con discapacidad en condición de dependencia o sujetos a su curatela. Si ambos padres trabajan para un mismo empleador, esta licencia es gozada por uno de los padres.

Artículo 2. Otorgamiento de la licencia La licencia a que se refiere el artículo 1 es otorgada por el empleador al padre o madre, tutor o curador de la persona con discapacidad que requiera asistencia médica o terapia de rehabilitación, hasta por cincuenta y seis horas alternas o consecutivas anualmente, las cuales son concedidas a cuenta del período vacacional. También se compensan con horas extraordinarias de labores, previo acuerdo con el empleador. De ser necesario se otorgan horas adicionales, siempre que sean a cuenta del período vacacional o compensables con horas extraordinarias de labores, previo acuerdo con el empleador en ambos supuestos. (Congreso de la República, Ley N° 30119, 2017, p. 508214)

Brinda facilidades para que los que tengan bajo su tutela a una persona con discapacidad, puedan gozar de beneficios laborales que les permitan mantener un tratamiento y rehabilitación adecuadas para el paciente, lo que unido a nuestra propuesta complementa y facilita el manejo adecuado y la integración social oportuna que merecen las personas con discapacidad.

- **Ley 30412** Ley que modifica el artículo 20 de la ley 29973, Ley general de la persona con discapacidad, disponiendo el pase libre en el servicio de transporte público terrestre para las personas con discapacidad severa

Artículo 2. Modificación del artículo 20 de la Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad Modifícase el artículo 20 de la Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, a fin de incorporar el párrafo 20.4, quedando redactado de la siguiente forma: “Artículo 20. Accesibilidad en el transporte público terrestre (...) 20.4 Las personas con discapacidad severa inscritas en el registro del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (Conadis) tienen pase libre en el servicio de transporte público terrestre urbano e interurbano”.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Marco presupuestario: Lo dispuesto por la presente ley se ejecuta con cargo al presupuesto institucional del Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables (Congreso de la República, Ley 30412, 2016, p. 575406).

A pesar de los beneficios en la calidad de vida e integración social de las personas con discapacidad, vemos como es fundamental concebir estrategias multisectoriales para el abordaje de este problema de salud público.

- **Ley N° 29698** Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el tratamiento de personas que padecen enfermedades raras o huérfanas.

Artículo 5: Registro Nacional de Pacientes que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas:

El Ministerio de Salud implementa el Registro Nacional de Pacientes que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas para generar el sistema de información sobre este tipo de

enfermedades, que proporcione un mayor conocimiento respecto de la incidencia, prevalencia y mortalidad en cada área geográfica permita identificar recursos sanitarios, sociales y científicos, que se requieran.

Artículo 7: Previsión Presupuestaria. Las Leyes anuales de presupuesto consideran como gasto prioritario, dentro de la partida del sector salud, el presupuesto para la prevención, el diagnóstico, tratamiento, los medicamentos, y la atención integral de salud de las personas que padecen enfermedades o huérfanas a que se refiere la presente ley. (Congreso de la República, Ley N° 29698, 2011, p. 443816)

Se identifica y ratifica la necesidad de crear un registro para tener una data certera sobre la cantidad y distribución de estas personas a fin de diseñar intervenciones y políticas en materia de salud pública que les beneficien. Además, se toma en cuenta la relevancia de contar con un presupuesto destinado para este fin que justifique y exija la realización de estas.

- **Ley N° 30012** Ley que concede el Derecho de Licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedad en estado grave o terminal o sufran accidente grave.

Artículo 3.- Trabajadores con derecho a la licencia. El derecho al goce de una licencia remunerada por el plazo máximo de siete (7) días calendario en caso de contar con familiares directos que se encuentran con enfermedad en estado grave o terminal o sufran accidente grave, corresponde a los trabajadores de la actividad pública y privada, independientemente del régimen laboral al que pertenezcan. (Congreso de la República, Ley N° 30012, 2017, p.41)

Todos somos susceptibles a sufrir algún tipo de discapacidad, en el mismo sentido nuestros familiares directos podrían estar en esta situación, es por ello que se fomenta con esta ley la necesidad de tomar en cuenta el compromiso familiar en el tratamiento de estas afectaciones de la salud.

- **Ley N° 28530** Ley de Promoción de acceso a Internet para personas con discapacidad y de adecuación del espacio físico en cabinas públicas de internet.

Artículo 1: Interés social. Declárese de interés social la promoción del acceso al uso de internet y de las tecnologías de la información a las personas con discapacidad y la progresiva eliminación de las barreras físicas y tecnológicas que les impida su integración a la Sociedad de la Información y su reinserción en el mercado laboral. (Congreso de la República Ley N° 28530, 2005, p. s/n)

Se refuerza la necesidad del acceso y uso de las tecnologías informáticas y de comunicaciones para las personas con discapacidad a fin de favorecer su integración social y eliminar las barreras que impidan la consecución de sus objetivos.

- **Ley 28735** Ley que regula la atención de las personas con discapacidad, mujeres embarazadas y adultos mayores en los aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, ferroviarios, marítimos, y fluviales y medios de transporte.

Expresa los lineamientos, derechos y deberes y sanciones para que exista armonía en integración de las personas con discapacidad en estos espacios. (Congreso de la República Ley 28735, 2006)

- **Ley N° 29992** Ley que modifica la Ley 26644, estableciendo la extensión del descanso postnatal para los casos de nacimiento de niños con discapacidad.

Artículo 1. Objeto de la Ley. Modifícase el segundo párrafo del artículo 1 de la Ley 26644, Ley que precisa el goce del derecho de descansoprenatal y postnatal de la trabajadora gestante, modificado por la Ley 27606, en los términos siguientes:

"Artículo 1º.-(...)El descanso postnatal se extiende por treinta (30) días naturales adicionales en los casos de nacimiento múltiple o nacimiento de niños con discapacidad. En este último caso, la discapacidad es acreditada con la presentación del correspondiente certificado otorgado por el profesional de salud debidamente autorizado. (Congreso de la República, Ley N° 29992 2013, p. 487594)

Hace referencia a la necesidad de cuidados especiales y demanda de tiempo extra por parte de la familia, específicamente la madre; reforzando la presencia de esta en el manejo del bebé con discapacidad.

- **Programa presupuestal (PPR) 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad (2019)**

Este programa presupuestal está diseñado para disminuir la proporción de personas con discapacidad que desarrollan condiciones secundarias y/o incrementan su grado de discapacidad, teniendo como entidad responsable al Ministerio de Salud, específicamente la Dirección General de Salud de las Personas. Se determinan 4 productos finales desagregados en distintas actividades:

- ❖ Producto 1: Acciones comunes
 - Actividad 1: Desarrollo de normas y guías técnicas en discapacidad
 - Actividad 2: Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal
- ❖ Producto 2: Personas con discapacidad reciben atención en rehabilitación basada en establecimientos de salud
 - Actividad 1: Capacitación en medicina de rehabilitación
 - Actividad 2: Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física
 - Actividad 3: Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial
 - Actividad 4: Atención de rehabilitación para personas con discapacidad mental
- ❖ Producto 3: Persona con discapacidad atendida en servicios de certificación
 - Actividad 1: Certificación de discapacidad
 - Actividad 2: Certificación de incapacidad para el trabajo
- ❖ Producto 4: Personas con discapacidad reciben servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad
 - Actividad 1: Capacitación a agentes comunitarios en actividades de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
 - Actividad 2: Visitas a las familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad
 - Actividad 3: Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad.

Capítulo III

El Diagnóstico

3.1. Determinación del problema

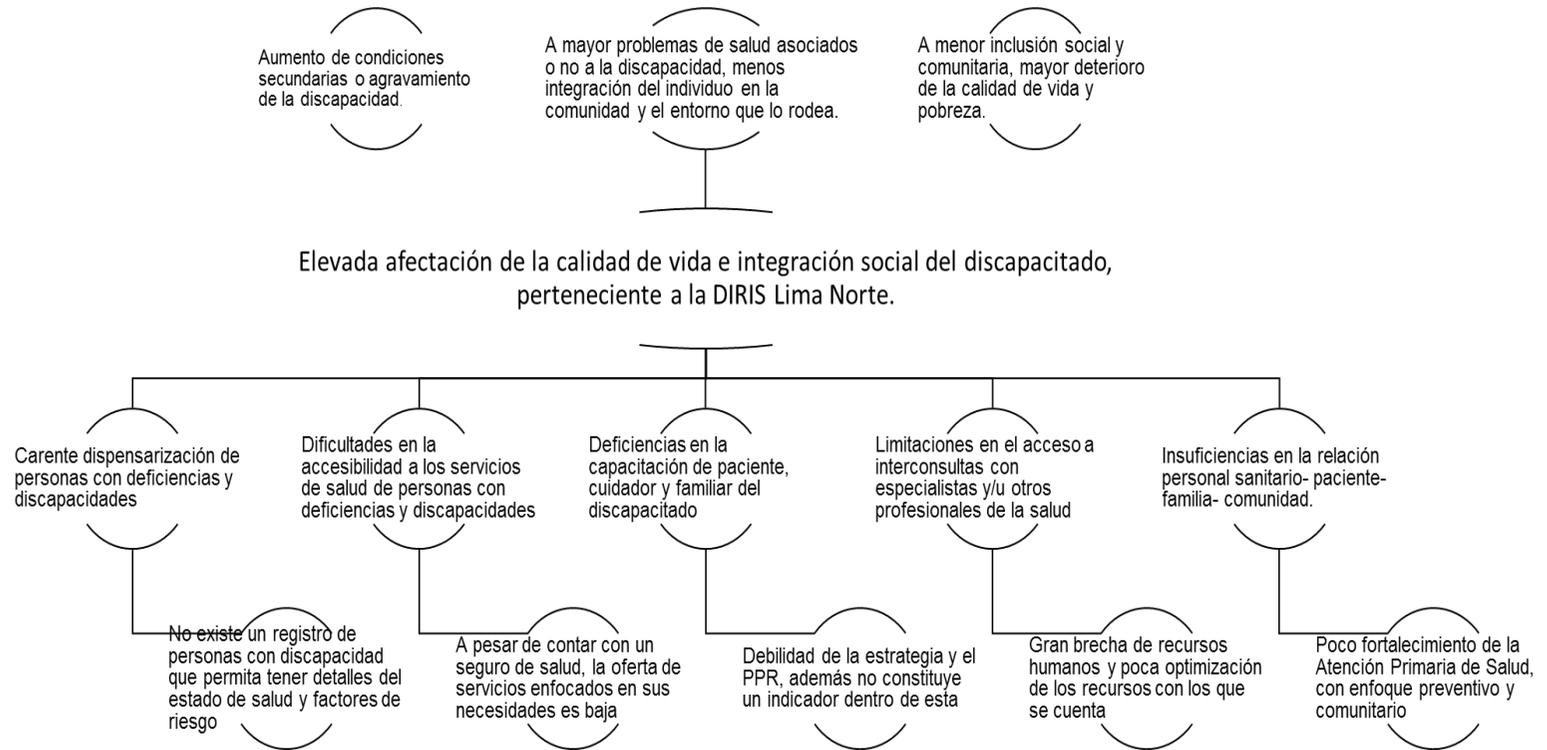
La calidad de vida de las personas está relacionada con la confluencia equilibrada de múltiples factores, que muchas veces no danzan en una armonía combinada. Al tener en cuenta que las personas con discapacidad tienen ya marcado este desequilibrio de factores, lo que se agudiza al encontrarse dentro de una sociedad que lejos de integrarlo, muchas veces, los excluye por ser minoría.

Esto hace que planteemos la necesidad de proponer la siguiente investigación para Disminuir la afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado, a través del manejo de estos, basado en la Rehabilitación con Base en la Comunidad, en pacientes pertenecientes a la DIRIS Lima Norte.

3.1.1. Análisis del proceso problema.

El completo estado de salud de un individuo está determinado por la suma de diversos factores que interrelacionados y en armonía garantizan el bienestar de una persona. A partir de esto, cómo podríamos decir que las personas con discapacidad pertenecientes a la DIRIS Lima Norte, pudieran gozar de una adecuada calidad de vida y por ende una correcta integración social cuando muchas veces no están cubiertas sus necesidades de atención en salud; además no se están gestando soluciones integrales e innovadoras que cambien este panorama.

A. Presentación del Árbol de Problemas



Fuente: Elaboración propia

B. Análisis de los problemas específicos.

A continuación, haremos mención a los diversos factores evidenciados que carece y requiere la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, haciendo hincapié a cada problema específico que nuestra investigación encuentra pertinente y los menciona como tales:

- Carente dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades.
- Dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades.
- Limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud.
- Deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado.
- Insuficiencias en la relación personal sanitaria, paciente, familia y la comunidad.

Esto hace que planteemos esta investigación basada en la Rehabilitación con Base en la Comunidad, para brindar una Atención Primaria en Salud a pacientes con discapacidad que requieran una atención oportuna y dentro de su jurisdicción.

Tabla 1

Análisis de la Causa N° 1: Carente dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades.

Causa N° 1 Carente dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades.	
Descripción de la causa	Se refiere al proceso que debe realizar en principio, el equipo básico de salud, de la mano con los agentes comunitarios e informantes clave para llevar a cabo un proceso de registro, diagnóstico, intervención y seguimiento de la población a su cargo como parte de un programa de intervenciones mantenidas y sostenidas en el tiempo. Lo cual se ha visto agravado este año 2020 por la emergencia sanitaria y las restricciones establecidas en la lucha contra la Pandemia por COVID -19.
Describe la vinculación entre	Cuando nos referimos a una buena dispensarización, compete a una atención integral a los diferentes

Causa N° 1 Carente dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades.	
la causa y el problema	grupos poblacionales; nos llama la atención que no exista este tipo de atención para los discapacitados, este a su vez guarda relación directamente con la calidad de vida del discapacitado mas no está planificado, registrado y considerado en el Plan Operativo Institucional” de en la Dirección de Redes Integradas Lima Norte”.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	En la oficina de Estadística e Informática de la Dirección de Redes Integradas Lima Norte a través del INEI, nos brinda la muestra de población jurisdiccional del 2020, que cuenta con 2, 911, 023 personas de las cuales están distribuidas según las 5 etapa de vida, siendo el grupo mayoritario la etapa de Adulto (30 a 59 años) que son 1, 122, 838 que representan el 38% de la población de las cuales no se especifican la cantidad de persona con discapacidad ni se cuenta con presupuesto para la atención médica a dichas personas.
Atributos de la causa (datos cualitativos)	De tal manera se evidencia que no cuentan con un propósito de mejora mediante la planificación del POI y el desarrollo de acciones que contribuyan la organización y continuidad de la atención primaria en salud a las personas con discapacidad.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva	Todo esto está evidenciado en la Resolución Directoral N° 1239-2020-MINSA/DIRIS.LN/1. Que resuelve aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) 2020 de la Unidad Ejecutora 144-1684-Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2

Análisis de la Causa N° 2: Dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades.

Causa N° 2 Dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades	
Descripción de la causa	Las personas con discapacidad demandan más servicios de salud, y mayormente, la propia discapacidad afecta sus niveles adquisitivos para poder acceder a los mismos. Lo anterior, unido a la poca oferta de recursos humanos específicos para suplir estas necesidades hace que muchas veces no puedan acceder a los servicios a pesar de contar con un seguro de salud. Lo cual se ha visto agravado este año 2020 por la emergencia sanitaria y las restricciones establecidas en la lucha contra la Pandemia por COVID -19.
Describe la vinculación entre la causa y problema	Debido a la ausencia de programas y servicios específicos para la atención de personas con discapacidad, a la gran brecha de recursos humanos y la gestión deficiente de los recursos con los que se cuenta, los afectados, a pesar de contar con un

Causa N° 2 Dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades	
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	seguro de salud, no pueden hacer uso de los servicios como consecuencia de la gran demanda ante poca oferta. En la DIRIS Lima Norte existen 98 establecimientos de primer nivel de atención, de ellos solo 11 son categoría I-4 y 56 categoría I-3 ambos con funciones de RBC según la RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 546-2011/MINSA que aprueba la NTS N° 021-MINSA/dgsp-v.03. la minoría de estos EESS cuentan con tecnólogos de rehabilitación física, logopedas, etc.
Atributos de la causa (datos cualitativos)	En el Plan Operativo Institucional elaborado y aprobado para el año 2020, se contempló dentro de las acciones estratégicas priorizadas: Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en Redes Integradas de Salud, centradas en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. (p. 15) pero dentro de ellos no se especificó nada sobre el acceso a los servicios de salud a las personas con discapacidad
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva	Todo esto está evidenciado en la Resolución Directoral N° 1239-2020-MINSA/DIRIS.LN/1. Que resuelve aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) 2020 de la Unidad Ejecutora 144-1684-Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Análisis de Situación de Salud 2018. Redes Integradas de Salud Lima Norte.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3

Análisis de la Causa N° 3: Limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud.

Causa N° 3 Limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud.	
Descripción de la causa	La gran brecha de recursos humanos en los servicios de salud públicos hace que sea muy baja oferta de atención especializada y de otros profesionales de la salud, esto unido a que la mayoría de los establecimientos de salud de la DIRIS Lima Norte no cuentan con el equipo básico de salud completo. Lo cual se ha visto agravado este año 2020 por la emergencia sanitaria y las restricciones establecidas en la lucha contra la Pandemia por COVID -19.
Describe la vinculación entre la causa y problema	Debido a la brecha de recursos humanos que existe se dificulta la consecución de citas, el tratamiento oportuno y correcto seguimiento de las enfermedades que afectan a la población de la DIRIS Lima Norte, sobre en las personas con discapacidad, que muchas veces tienen presencia de varias patologías

Causa N° 3 Limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud.	
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	<p>simultáneamente. Todos estos factores agudizan el problema planteado.</p> <p>La DIRIS Lima Norte, cuenta con 451 médicos distribuidos en los EESS del primer nivel de atención de la jurisdicción. Considerando que la población de la DIRIS Lima Norte es 2'799,638 habitantes, existen 1.9 médicos por cada 10,000 habitantes,</p> <p>La oferta de médicos especialistas es esencialmente de médicos Ginecólogos, Pediatras y Psiquiatra. En su mayoría son contratados por servicios no personales y los distritos de San Martín de Porres, Santa Rosa y Ancón no existen médicos especializados. Concluyendo: en el primer nivel de atención de la jurisdicción de la DIRIS Lima Norte hay aproximadamente 1 médico especialista por cada 100,000 habitantes.</p> <p>En el Plan Operativo Institucional elaborado y aprobado para el año 2020, se contempló dentro de las acciones estratégicas priorizadas específica la necesidad de</p>
Atributos de la causa (datos cualitativos)	<p>“Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población a través el gobierno digital en salud” (p. 17)</p> <p>Se hace referencia a mejorar la telemedicina, telegestión y teleducación en la DIRIS Lima Norte. Por otro lado, en el programa Presupuestal 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad, no se incluye nada sobre interconsultas ni atenciones por equipos multidisciplinarios.</p>
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva	<p>Todo esto está evidenciado en la Resolución Directoral N° 1239-2020-MINSA/DIRIS.LN/1. Que resuelve aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) 2020 de la Unidad Ejecutora 144-1684-Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.PPR 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad</p> <p>Análisis de Situación de Salud 2018. Redes Integradas de Salud Lima Norte</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4

Análisis de la Causa N° 4: Deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado.

Causa N° 4 Deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado	
Descripción de la causa	<p>Debemos enfocarnos en aumentar nuestros conocimientos en salud, para mantener nuestro estado de bienestar, controlar algunos factores de riesgo y prepararnos para enfrentar distintas enfermedades. Con mucha más fuerza debemos enfocar esta necesidad en ser aplicada a las personas</p>

Causa N° 4 Deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado	
Describe la vinculación entre la causa y el problema	<p>con discapacidad, se aprecia más en aquellos casos de dependencia de donde surge la necesidad de contar con los cuidadores y familiares, que también tengan en cuenta todo conocimiento y responsabilidad sobre los temas ya mencionados. Además, se ha visto agravado durante la pandemia, este año 2020, por la emergencia sanitaria y las restricciones preestablecidas en la lucha contra el COVID -19.</p> <p>Es importante resaltar en esta forma, que tanto en temas de nuestra salud como la de las demás personas, se habla de una responsabilidad colectiva, por lo que no podemos hacernos de la vista gorda frente a una mala atención o el escaso acceso a los recursos de la salud, que afecta a una gran parte de nuestra población, ya que la salud es derecho de todos. SE destaca que en la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte aun no ofrece una información clara y precisa para temas de capacitación y orientación a su personal de salud, la cual se traduce en una fuerte repercusión al paciente discapacitado, ya que no presenta hasta la hoy en día, con una orientación médica beneficiosa con lo que la familia se encuentra vulnerable e insatisfecha, ya que no se logra cubrir todas sus necesidades médicas.</p>
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	<p>La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con un total de 5, 641 trabajadores, de los cuales 2, 940 (52%) son nombrados, 1, 086 (19%) están por Contrato Administrativo de Servicios (CAS) y 1, 615 (29%) por Locación de Servicios. De los cuales se dividen en trabajadores asistenciales que representan el (83%), 939 trabajadores administrativos y de servicios generales que representan el (17%). Se demuestra que el solo el 50% de los trabajadores asistenciales asisten y se les brinda capacitación programada anualmente y que el 50% no asiste a las capacitaciones, haciendo ver que no se logra capacitar al personal.</p>
Atributos de la causa (datos cualitativos)	<p>De tal manera genera certidumbre, ya que son diversas las causas que generan que el personal no se comprometa en su labor y aún más se evidencia que en el POI no cuentan una planificación y programación de capacitación para el personal médico y de salud en la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.</p>
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva	<p>Todo esto está evidenciado en la Resolución Directoral N° 1239-2020-MINSA/DIRIS.LN/1. Que resuelve aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) 2020 de la Unidad Ejecutora 144-1684-Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.</p>

Fuente: Según ROF DIRIS LIMA NORTE

Tabla 5***Análisis de la Causa N° 5: Insuficiencias en la relación personal sanitario- paciente-familia- comunidad.***

Causa N° 5: Insuficiencias en la relación personal sanitario- paciente-familia- comunidad	
Descripción de la causa	Es necesaria la aplicación de un sistema de salud que tenga como base la atención primaria de salud, como estrategia fundamental para garantizar una adecuada la relación personal sanitario, paciente, familia y comunidad. Resulta impensable crear políticas públicas enfocadas en las personas con discapacidad si no se toma en cuenta a sus familiares y su entorno más cercano en el que se desenvuelven diariamente. Eso se consigue sobre la base de una salud familiar comunitaria, liderada por el equipo básico de salud. Todo esto se ha visto agravado este año 2020 por la emergencia sanitaria y las restricciones establecidas en la lucha contra la Pandemia por COVID -19.
Describe la vinculación entre la causa y el problema	Es evidentemente que Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte y los encargados de la Oficina de Recurso Humanos aún no toman con mayor seriedad la importancia de las relaciones interpersonales tanto médico-paciente-familia-sociedad, ya que sin una buena comunicación las relaciones interpersonales no se logra una adecuada comunicación asertiva y coherente, para sensibilizar, comprometer y orientar al personal de salud para una apropiada atención médica hacia el paciente.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	Durante el año 2019, de acuerdo con la información que reporta el HIS, se tuvieron un total de 4, 392, 046 atenciones en el servicio de consultas externas en los establecimientos de Salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. En este registro no se evidencia a cuantas personas con discapacidad se atendieron ni se evidencio un registro de seguimiento y evolución del paciente.
Atributos de la causa (datos cualitativos)	En el Plan Estratégico Institucional del MINSA, ha priorizado ocho objetivos en el ejercicio del rol y conducción estratégico del sistema de salud, los cuales buscan que el personal médico cuente con un desempeño eficiente, ético e íntegro en las competencias en salud. Siendo así la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte debería fortalecer y cumplir con dicha disposición, ya que hasta la fecha aún no se ha verificado ninguna capacitación de reflexión e impulso para el personal médico y de salud.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva	Todo esto está evidenciado en la Resolución Directoral N° 1239-2020-MINSA/DIRIS.LN/1. Que resuelve aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) 2020 de la Unidad Ejecutora 144-1684-Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.

Fuente: Elaboración propia.

Este análisis sirve como aporte a nuestra investigación para enfatizar cada problema y guiarnos hacia una adecuada Atención Primaria en Salud basada en la Rehabilitación con base en la Comunidad, para brindar una atención oportuna a los pacientes con discapacidad que requieran dentro de ámbito jurisdiccional.

C. Identificación del Proceso Problema

Para que se conciba una estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, que decida optar por modelos no convencionales, que sino aquellos alternativos e inclusivos enfocados además en la participación social del individuo y la reducción de la pobreza, deben tenerse en cuenta diferentes componentes, que interrelacionados podrían marcar la diferencia.

La OMS, (2012) en su documento Guías para la Rehabilitación Basada en la Comunidad en el folleto Introducción, hace referencia a una matriz de Rehabilitación Basada en la Comunidad, que abarcan 5 componentes clave, pero señala que cada país puede adaptarlo a sus necesidades y recursos, las que se muestran a continuación:

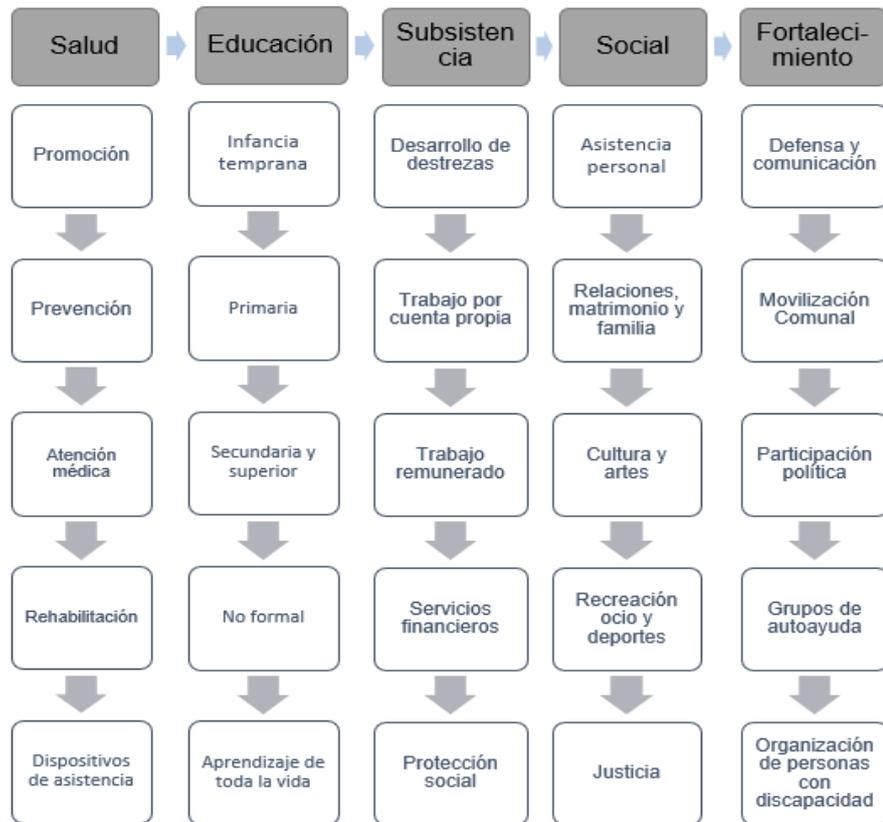


Figura 1. Componentes clave sugeridos por la OMS, para el diseño una estrategia de RBC.

Fuente: Adaptado de OMS 2012. Guías para la RBC. Folleto Introducción.

Según describe la OMS, (2012) en su Guía para la RBC. Componente salud afirma que esta guía ha sido diseñada con el objetivo de proporcionar los lineamientos generales que debe concebir una estrategia de RBC, resalta que no se pretende encuadrar cada iniciativa en un marco rígido, sino que cada país debe adaptar estos componentes de acuerdo con su realidad.

Hace énfasis en la necesidad de que se contemple la inclusión de los componentes, así como los aspectos que incluye.

En el caso del componente salud, que es donde irá enfocado nuestro análisis y propuesta de solución, argumenta que deben incluirse aspectos de promoción de salud, prevención, rehabilitación y dispositivos de asistencia personal. Incide además en la necesidad de que tanto el individuo como la familia

accedan a los servicios de salud y el trabajo multisectorial que garantice la cobertura de todos los aspectos que incluye la salud.

Según igual fuente, se entiende por:

- Promoción: estrategias y acciones determinadas al fortalecimiento de habilidades y disminución del impacto negativo sobre la salud de las condiciones sociales, económicas y ambientales.
- Prevención: medidas de promoción primaria, secundaria y terciaria que se deben llevar a cabo. En este sentido agrega que se centran esfuerzos en la prevención primaria.
- Atención médica: identificación oportuna, diagnóstico y tratamiento de las patologías y consecuencias con el objetivo de curar o disminuir las secuelas. Explica que este aspecto puede darse en los 3 niveles de atención de salud.
- Rehabilitación: conjunto de acciones que permiten al individuo con discapacidad mantenerse óptimamente en su entorno. Estas van desde servicios básicos hasta especializados y pueden darse en los tres niveles de atención y en la comunidad.

D. Resumen de Nudos Críticos del Proceso Problema.

Antes que todo, debemos decir que, aunque cada país, en el marco de la propuesta realizada por la OMS para que diseñen libremente su propia estrategia de RBC, deben abarcarse la mayor parte de los mencionados componentes, con el objetivo de hacer más eficientes los recursos a disposición, sin duplicar acciones, pero incluyendo diferentes sectores y actores sociales.

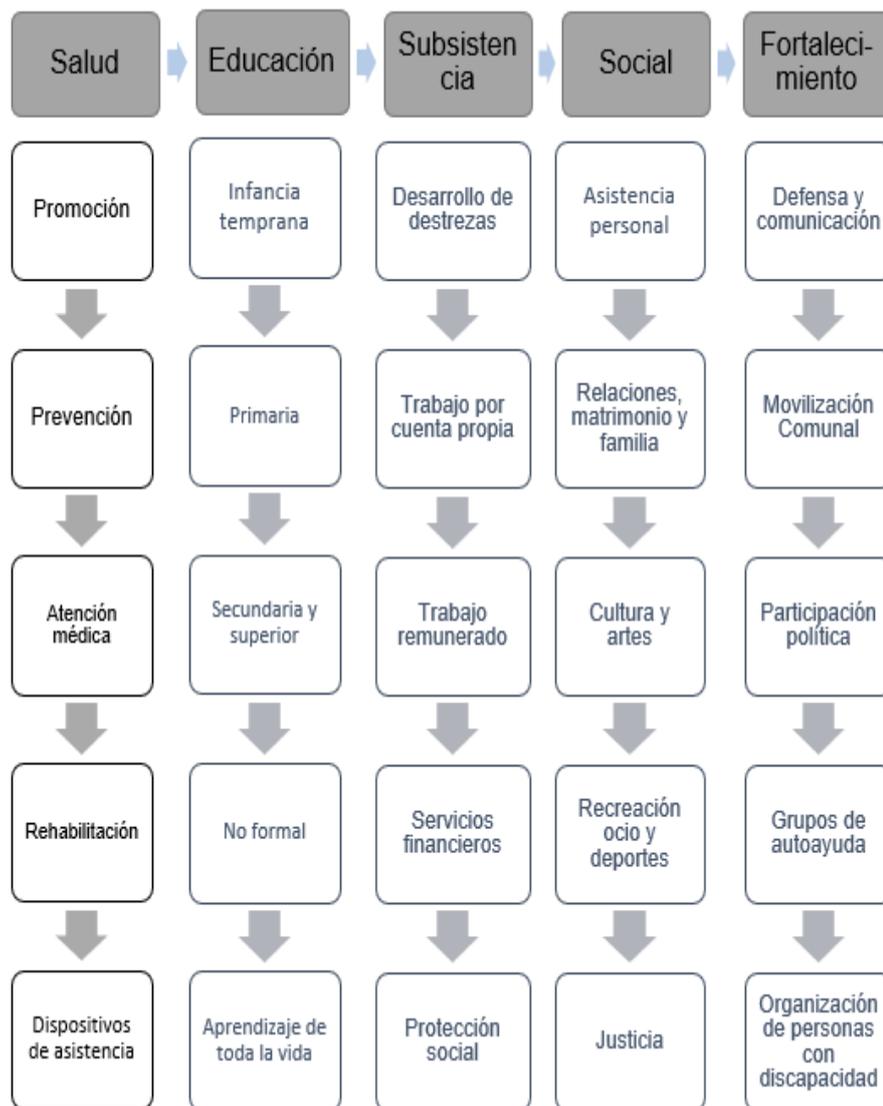


Figura 2. Componentes clave sugeridos por la OMS, para el diseño una estrategia de RBC y nudos críticos existentes en Perú.

Fuente: Adaptado de OMS 2012. Guías para la RBC. Folleto Introducción.

En la NTS N°135-MINSA/2017/DGIESP y el PPR 0129 del MINSA, dentro del componente salud no se abarcan en su totalidad los procesos de atención médica, y rehabilitación pues no suplen las demandas y necesidades de las personas con discapacidad. No se considera nada sobre los dispositivos de asistencia.

Resumiendo las acciones propuestas en el Programa Presupuestal 0129 Prevención y manejo de condiciones

secundarias de salud en personas con discapacidad, quedaría conformada la siguiente tabla:

Tabla 6

*Acciones propuestas en el Programa Presupuestal 0129
Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en
personas con discapacidad.*

Intervenciones dirigidas para el desarrollo de actividades físicas	Personas con discapacidad reciben atención de rehabilitación en establecimientos de salud
Producto 1: Acciones comunes	Actividad 1: Desarrollo de normas y guías técnicas en discapacidad Actividad 2: Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal.
Producto 2: Personas con discapacidad reciben atención en rehabilitación basada en establecimientos de salud	Actividad 1: Capacitación en medicina de rehabilitación Actividad 2: Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física Actividad 3: Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial Actividad 4: Atención de rehabilitación para personas con discapacidad mental
Producto 3: Persona con discapacidad atendida en servicios de certificación	Actividad 1: Certificación de discapacidad Actividad 2: Certificación de incapacidad para el trabajo
Producto 4: Personas con discapacidad reciben servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad	Actividad 1: Capacitación a agentes comunitarios en actividades de Rehabilitación Basada en la Comunidad. Actividad 2: Visitas a las familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad Actividad 3: Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad.

Fuente: Adaptado de Programa Presupuestal 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad.

Las cuales se han visto disminuidas aún más este año 2020 por la emergencia sanitaria y las restricciones establecidas en la lucha contra la Pandemia por COVID -19.

A continuación, se realizará el análisis de las actividades y productos considerados en el PPR conforme a las 05 áreas que propone la OMS para el diseño de una estrategia de RBC:

❖ **Promoción y Prevención:**

En este sentido se tiene a bien especificar que se habla de capacitar al personal de salud, a los agentes comunitarios y a los familiares del paciente discapacitado, pero no se incluye en ninguna de las actividades al cuidador del paciente con discapacidad, que puede o no ser su familiar y está recomendada su inclusión por la OMS. Asimismo, estas capacitaciones debieran tener un enfoque sanógeno, o sea, enfatizar en la promoción de comportamientos y estilos de vida saludables, así como la prevención de la aparición de condiciones secundarias en personas con discapacidades.

Consideramos, que el equipo básico de salud, a pesar de estar debidamente capacitado, como lo sugiere el PPR (1-2 veces por año a los médicos generales y especialistas) no se contaría con las herramientas suficientes para enfrentar las demandas específicas de cada caso, por lo que se considera que sería más eficiente la evaluación por parte de un equipo multidisciplinario que establezca las pautas de tratamiento y seguimiento al paciente discapacitado, por parte del personal sanitario, lográndose así el trabajo mancomunado de los diferentes niveles de atención.

Por último, en la tercera actividad: Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, no se considera a la Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo

para que se comprometa con el cumplimiento de esta estrategia de RBC, sobre todo garantizando que se cumplan las cuotas de trabajadores con discapacidad en cada institución y empresa, asegurándose con ello, la reinserción laboral y social de los discapacitados.

❖ **Asistencia médica:**

Para garantizar la Asistencia Médica se han considerado las actividades del Producto 3 (Persona con discapacidad atendida en servicios de certificación) pero se circunscriben a las acciones de certificación de discapacidad e incapacidad y se realizan en Hospitales del MINSA y a través de una Comisión Médica Certificadora de Incapacidad respectivamente. Lo mismo ocurre en la actividad número 2 del producto 4 (Visitas a las familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad), pues se propuso para aquellos establecimientos que cuenten con un UPS de Rehabilitación Médica, o lo que es lo mismo con categoría mayor o igual a I-4. Además de esto, se carece de la interconexión que se necesita para el ofrecimiento de una experiencia integral, puesto que no se establecen acciones para dispensarizar a la población en el primer nivel de atención de salud, a fin de registrar, focalizar y programar intervenciones a favor de las personas con discapacidad. Tampoco se toma en consideración ni propuesta la intervención de otros profesionales de la salud para trabajar multidisciplinariamente con estos pacientes.

❖ **Rehabilitación:**

Las actividades comprendidas en el PPR, no están completamente enfocadas al primer nivel de atención. La estrategia de RBC trata de llevar los servicios de salud a la comunidad, pero entre los productos propuestos en el PPR

se tiene que en las actividades 2, 3 y 4 del Producto N°2, se oferta atención en Rehabilitación solo en los establecimientos categorizados a partir del I-4 en adelante, pues solo ellos cuentan con una UPS de Medicina de Rehabilitación, esto se aleja del concepto de RBC, dejando de vincularse el servicio propiamente en el resto de los establecimientos del primer nivel de atención y atentando esto contra la motivación y la apropiación de la estrategia por parte de la comunidad.

Además, en la actividad 2 del Producto N° 4 se establecen como mínimo solo 02 visitas domiciliarias para la identificación de necesidades y riesgos a nivel personal, familiar, social y del entorno (barreras); y para la orientación y consejería respectiva de RBC, planificación que sería poca teniendo en cuenta el importante trabajo que se necesita realizar en el primer nivel de atención.

Dentro de la mencionada actividad y producto, en el caso de la tarea de establecer la interrelación con otras especialidades para desarrollar la rehabilitación en caso de ser requerida por una persona con discapacidad, se debe derivar o referir al paciente a otras especialidades o niveles de atención que así lo requieran. Se considera que se necesita fortalecer el vínculo y el trabajo unificado entre los distintos niveles de atención por lo que resultaría más beneficioso que primeramente se utilice la telemedicina para estos fines, pues además de disminuir costos y dificultades para el paciente, cumple con este fin de aproximación y unión entre los niveles de atención, al darse lineamientos al personal de salud para realizar el seguimiento y control de cada caso. Agregándose a ello, que se tendrían mayores tasas de apego y cumplimiento

del tratamiento y menores fallos dentro del sistema de referencias y contrarreferencias.

❖ **Dispositivos de asistencia:**

No existe ninguna actividad ni producto que incluya dispositivos de asistencia.

De estas actividades las que aparecen reflejadas en el POI 2020 de la DIRIS Lima Norte, son:

Tabla 7

Actividades de RBC según POI 2020 de la DIRIS Lima Norte.

Producto	Actividad	Meta anual	PIA
Acciones comunes	Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal	4 informes	s/ 62,636
Personas con discapacidad reciben atención de rehabilitación en el establecimiento de salud	Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física.	6898 personas atendidas	s/ 1,308,520
Personas con discapacidad reciben atención de rehabilitación en el establecimiento de salud	Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial.	14 personas atendidas	s/ 12,200
Personas con discapacidad certificada en el establecimiento de salud	Certificación de discapacidad	100 personas atendidas	s/ 50,405
Personas con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad.	Capacitación a agentes comunitarios en Rehabilitación Basada en la Comunidad	106 personas capacitadas	s/ 43,244
Personas con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad.	Visita a las familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad	762 familias	s/ 1,138,900

Producto	Actividad	Meta anual	PIA
Personas con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad.	Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de RBC.	163 personas capacitadas	s/ 43, 100

Fuente: Adaptado de Programa Presupuestal 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad.

Ante esto, podemos darnos cuenta que las estrategias planificadas son pocas e incompletas, dejando de lado actividades importantes como la evaluación de las PcD por equipos multidisciplinarios que comprendan diferentes áreas de salud, el acceso a consultas médicas especializadas de otros tipos, interrelacionadas con sus patologías, etc.

Resumiendo, los nudos críticos más principales tenemos conformada la tabla a continuación:

Tabla 8

Análisis de Nudos Críticos.

N°	Nudo Critico	Responsable
1	<p><u>Atención médica</u> Dentro de las actividades del PPR y las específicas en el POI, no consideran la suplencia total de atención médica, se resaltan las actividades de certificación de discapacidad e incapacidad que se realizan en Hospitales del MINSA y a través de una Comisión Médica Certificadora de Incapacidad respectivamente; sobre las visitas a las familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad, se propuso para aquellos establecimientos que cuenten con un UPS de Rehabilitación Médica, o lo que es lo mismo con categoría mayor o igual a I-4. No se establecen acciones para dispensar a la población en el primer nivel de atención de salud. Tampoco se toma en consideración la propuesta de intervención de otros profesionales de la salud para trabajar</p>	Responsable de Discapacidad, Director de Salud de las Personas y Planeamiento Estratégico.

N°	Nudo Critico	Responsable
2	<p>multidisciplinariamente con estos pacientes.</p> <p><u>Rehabilitación</u></p> <p>Dentro de las actividades del PPR y las específicas en el POI, se ofertan actividades de Rehabilitación solo en los establecimientos categorizados a partir del I-4, pues solo ellos cuentan con una UPS de Medicina de Rehabilitación, esto se aleja del concepto de RBC. Se establecen como mínimo solo 02 visitas domiciliarias para la identificación de necesidades y riesgos a nivel personal, familiar, social y del entorno (barreras); y para la orientación y consejería respectiva de RBC. En caso de que se requiera establecer la interrelación con otras especialidades para desarrollar la rehabilitación, se indica que se derive o refiera al paciente a otras especialidades o niveles de atención que así lo requieran. Respecto a este último se considera que se necesita fortalecer el vínculo y el trabajo unificado entre los distintos niveles de atención por lo que resultaría más beneficioso que primeramente se utilice la telemedicina para estos fines.</p>	<p>Responsable de Discapacidad, Director de Salud de las Personas y Planeamiento Estratégico.</p>
3	<p><u>Dispositivos de asistencia</u></p> <p>No existe ninguna actividad ni producto que incluya dispositivos de asistencia.</p>	<p>Director Ejecutivo de la DIRIS Lima Norte, Responsable de Discapacidad, Director de Salud de las Personas y Planeamiento estratégico.</p>
4	<p><u>Promoción y prevención:</u></p> <p>Se habla de capacitar al personal de salud, a los agentes comunitarios y a los familiares del paciente discapacitado, pero no se incluye al cuidador del paciente con discapacidad, que puede o no ser su familiar y está recomendada su inclusión por la OMS. Estas capacitaciones debieran tener un enfoque sanógeno, (enfatar en la promoción de comportamientos y estilos de vida saludables, así como la prevención de la aparición de condiciones secundarias en personas con discapacidades)</p> <p>Dentro de la capacitación a actores sociales, no se considera a la Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo para que se comprometa con la puesta en marcha de esta estrategia de RBC, sobre todo garantizando que se</p>	<p>Director Ejecutivo de la DIRIS Lima Norte, Responsable de Discapacidad, Director de Salud de las Personas y Planeamiento estratégico.</p>

N°	Nudo Critico	Responsable
	cumplan las cuotas de trabajadores con discapacidad en cada institución y empresa, asegurándose con ello, la reinserción laboral y social de los discapacitados.	

Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, se puede concluir que, a pesar de ser esta la norma técnica 135 del MINSA y el PPR 129 constituyen las primeras bases en la construcción y funcionalidad de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en el país, adolece en varios aspectos no considerados y detallados en los análisis previos realizados.

A modo de resumen podemos resaltar se necesita fortalecer las actividades de atención médica y rehabilitación e incluir nuevas como la dispensarización de la población, la creación de equipos multidisciplinarios para la atención integral del discapacitado, fomentar la Telemedicina y la Rehabilitación en el primer nivel de atención, así como incluir la dotación de dispositivos de asistencia para las personas con discapacidad. En un contexto de Pandemia todas ellas deben contener los cuidados de bioseguridad tanto para el profesional de la salud como para la población.

3.1.2. Sustento de evidencias

La fundamentación del análisis realizado anteriormente se basa en lineamientos proporcionados por organismos internacionales referentes en la materia, así como entes nacionales con responsabilidad rectora y ejecutora en el país.

A. Normas donde está descrito el proceso problema

La normativa en la que nos hemos basado para comparar los actuados llevados a cabo en el marco legal de nuestro país es la siguiente:

- Guía para la Rehabilitación Basada en la Comunidad de la Organización Mundial de la Salud (2012)
- NTS N°135-MINSA/2017/DGIESP, aprobada con RM-457/2017/MINSA.
- Programa Presupuesto por Resultados 0129 Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud En Personas Con Discapacidad aprobado con Resolución Directoral N° 024–2016-EF/50.01.
- Resolución Directoral N° 1239-2020-MINSA/DIRIS.LN/1. Que resuelve aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) 2020 de la Unidad Ejecutora 144-1684-Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.

B. ROF- MOF Descripción del Proceso Problema:

Según Decreto Legislativo N°1161, (2017) La Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece en los artículos 3 y 4 que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud y tiene como ámbito de competencia: 1) Salud de las Personas; 2) Aseguramiento en salud; 3) Epidemias y emergencias sanitarias; 4) Salud ambiental e inocuidad alimentaria; 5) Inteligencia sanitaria; 6) Productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos; 7) Recursos humanos en salud; 8) Infraestructura y equipamiento en salud; y 9) Investigación y tecnologías en salud. (Presidencia de la República, 2013)

El Decreto Supremo N°008-2017-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su

modificatoria es aprobada por Decreto Supremo N°011-2017-SA. (Presidencia de la República DS N° 008-2017-SA, 2017)

Según Directiva N°007 – MINSA/OGPP-V.02 Aprobado con la R. M. N° 603 – 2006/MINSA, Lima, 28 de junio del 2006, actualizado el 01 de setiembre del 2010, se aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV de la Dirección de Salud Lima V, Lima Ciudad.

Actualmente este Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV de la Dirección de Salud Lima V, sigue vigente y no se han realizado modificaciones hasta la fecha.

Este especifica que es un “documento técnico normativo de gestión, donde se establece las funciones, responsabilidades, atribuciones, línea de autoridad de dependencia, niveles de coordinación de cargos y puestos”. (DIRIS LIMA NORTE, 2010, p. 3)

Hace mención como uno de sus FINES la “Mejora de la calidad de atención y el acceso a los servicios de salud”. (DIRIS LIMA NORTE, 2010, p. 3)

Dentro de sus OBJETIVOS FUNCIONALES indica: “d) Lograr los objetivos de atención integral a la salud de la población asignada” mas no enfatiza a la población vulnerable ni menciona la inclusión social partiendo de las personas con necesidades especiales.

Prosigue de la siguiente manera: “f) Lograr la mejora continua de los procesos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, de la población”. (DIRIS LIMA NORTE, 2010, p. 3)

Estas actividades de RBC solo quedaron en plan piloto y no se logró ejecutar dicho objetivo ya que la DIRIS Lima Norte hasta la fecha no cuenta con una estrategia de trabajo integral y fortalecida de RBC.

Según, la Resolución Ministerial N° 467-2017/MINSA resuelve en el Art. N°1, aprobar el Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud, donde resalta que cada DIRIS debe de implementar y ejecutar su Manual Operativo de Funciones, la cual la DIRIS Lima Norte omite y no realiza modificaciones de mejora en su MOF del año 2010. (Ministerio de Salud, RM N° 467-2017-MINSA, 2017)

Estadísticas

La organización de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte permite atender las atenciones de salud de la población según niveles de capacidad resolutive, y al mismo tiempo mantener la continuidad del trabajo preventivo promocional en cada ámbito sanitario, de acuerdo con el nivel sanitario o geográfico – político.

A continuación, se mostrará la distribución de establecimientos de salud según categorización:

Tabla 9

Distribución de establecimientos de salud según categorización, DIRIS Lima Norte.

DIRIS	Distrito	Categoría						Total
		I- 1	I- 2	I- 3	I- 4	II- 2	III- 1	
Dirección de Redes Integradas Lima Norte	Ancón		2	2	1			5
	Carabaylo		7	6	1			13
	Comas	1	7	14	2		1	25
	Independencia		5	5	1			11
	Los Olivos		1	10	1			12
	Puente Piedra		2	5	3	1		10
	Rímac		1	7	2			10
	San Martín De Porres		3	14			1	18
	Santa Rosa			2				2
			1	30	63	11	1	2

Fuente: POI DIRIS Lima norte 2020

Cabe precisar que la población adscrita a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte es la población correspondiente a los 09 distritos que están bajo su jurisdicción tal como muestra la tabla siguiente:

Tabla 10

Distribución de la población según distritos asignados a la DIRIS Lima Norte.

Etapa de Vida	Poblacion 2020	%
Etapa niño (0-11 años)	544,230	19
Etapa adolescente (12-17 años)	287,247	10
Etapa joven (18-29 años)	627,515	21
Etapa adulto (30-59 años)	1,112,838	39
Etapa adulto mayor (60 a + años)	329,193	11
TOTAL	2,911,023	100

Fuente: POI DIRIS Lima Norte 2020

De acuerdo con la demanda de atenciones y atendidos por tipo de atención durante el año 2019, se evidencia que la información que reporta las HIS se logró un total de 4, 392, 046 atenciones en el servicio de Consultas Externas en los establecimientos de la Salud DIRIS Lima Norte. Así mismo hay un incremento de 483, 615 nuevas atenciones, de acuerdo con el histórico se espera también que para el presente año se logre el aumento de atenciones médicas como lo evidencia la siguiente tabla:

Tabla 11

Atenciones médicas en Consulta Externa, 2019

	2016	2017	2018	Enero- Noviembre 2019
Atenciones	3,650,198	3,907,589	3,489,574	4,392,046
Atendidos	582,968	580,104	576,856	643,575
Nuevos	285,477	279,451	244,535	483,615

Fuente: POI DIRIS Lima Norte 2020

A continuación, se presenta la siguiente figura:

ESTABLECIMIENTO	Total	Grupos Quinquenales								Nacimientos	28 días	Pob. Fem. Total	Población Femenina				Gestante s Esperada	TOTAL	ETAPAS DE VIDA				
		45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 Y +				10-14	15-19	20-49	NIÑO			ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR	
DIRIS LIMA NORTE	2,823,401	168,121	149,906	124,982	97,581	75,606	54,915	38,321	37,911	44,322	3,541	1,449,135	112,724	123,536	679,143	60,328	2,823,401	540,851	284,355	609,532	1,084,329	304,334	
DISTRITO DE INDEPENDENCIA	226,957	13,103	10,780	8,843	8,824	7,472	6,110	3,374	3,834	3,387	267	116,588	8,802	9,539	54,446	4,589	226,957	42,366	22,124	47,387	86,486	28,814	
C.S. TAHUANTINSUYO BAJO	34,043	1,970	1,616	1,332	1,204	1,123	918	598	456	505	40	17,509	1,324	1,433	8,254	687	34,043	6,315	3,323	7,099	13,007	4,299	
C.S. TAHUANTINSUYO ALTO	22,669	1,309	1,075	885	802	746	610	397	303	335	27	11,645	879	953	5,489	456	22,669	4,230	2,210	4,722	8,649	2,858	
C.S. TUPAC AMARU	24,839	1,441	1,184	975	883	822	672	437	334	369	29	12,822	968	1,049	6,044	503	24,839	4,532	2,434	5,200	9,525	3,148	
P.S. JOSE OLAYA	14,070	786	646	532	481	448	367	238	182	201	16	6,994	528	572	3,297	274	14,070	2,994	1,328	2,836	5,196	1,716	
P.S. LAS AMERICAS	6,830	393	323	266	241	224	183	119	91	101	8	3,497	264	286	1,648	137	6,830	1,293	663	1,418	2,598	858	
P.S. VICTOR RAUL HAYA DE LA TOR	16,291	917	753	620	562	523	428	278	212	235	19	8,160	616	668	3,846	320	16,291	3,371	1,548	3,308	6,061	2,003	
C.S. ERMITAÑO BAJO	34,150	1,965	1,614	1,329	1,204	1,121	917	596	455	504	40	17,485	1,320	1,431	8,242	685	34,150	6,461	3,319	7,090	12,987	4,299	
C.S. ERMITAÑO ALTO	31,472	1,834	1,506	1,241	1,123	1,046	855	556	425	470	37	16,320	1,232	1,335	7,692	640	31,472	5,631	3,097	6,618	12,121	4,005	
P.S. EL CARMEN	8,968	524	430	355	321	299	244	159	121	134	11	4,663	352	382	2,198	183	8,968	1,584	886	1,891	3,463	1,144	
P.S. LOS QUECHUAS	11,381	655	538	443	401	374	306	199	152	168	13	5,828	440	477	2,747	228	11,381	1,950	1,106	2,363	4,330	1,432	
P.S. MILAGRO DE LA FRATERNIDAD	22,444	1,309	1,075	885	802	746	610	397	303	335	27	11,645	879	953	5,489	456	22,444	4,005	2,210	4,722	8,649	2,858	
DISTRITO COMAS	549,430	30,360	28,454	26,305	22,232	17,185	11,737	7,871	7,280	8,515	679	282,193	21,688	23,009	129,209	11,590	549,430	103,490	54,029	114,842	210,764	66,305	
P.S. SANTA LUZMILA II	36,480	2,016	1,888	1,748	1,476	1,141	777	522	483	565	44	18,738	1,441	1,529	8,647	771	36,480	6,873	3,585	7,628	13,995	4,399	
C.S. SANTA LUZMILA	27,826	1,554	1,457	1,347	1,138	880	601	403	373	436	35	14,448	1,110	1,178	6,667	593	27,826	4,994	2,766	5,880	10,791	3,395	
C.S. CARLOS PHILLIPS	30,346	1,688	1,582	1,463	1,236	955	653	438	405	473	38	15,690	1,206	1,279	7,240	644	30,346	5,452	3,003	6,385	11,719	3,687	
C.S. HUSARES DE JUNIN	27,553	1,548	1,451	1,342	1,134	876	599	401	371	434	35	14,392	1,106	1,173	6,641	591	27,553	4,810	2,755	5,857	10,250	3,381	
C.S. EL CLAYMO	14,577	786	737	681	676	445	304	204	189	221	18	7,309	562	596	3,372	300	14,577	3,027	1,400	2,974	5,458	1,718	
P.S. CLORINDA MALAGA	14,923	814	763	705	596	461	315	211	195	228	18	7,563	581	617	3,490	311	14,923	2,971	1,448	3,078	5,648	1,728	
C.S. CARLOS PROTZEL	22,486	1,266	1,187	1,097	927	717	489	328	304	355	28	11,767	904	959	5,430	483	22,486	3,889	2,253	4,789	8,790	2,765	
C.S. COMAS	28,248	1,561	1,463	1,352	1,143	883	603	405	374	438	35	14,505	1,115	1,183	6,693	596	28,248	5,325	2,778	5,903	10,834	3,408	
C.S. SANTIAGO APOSTOL	27,157	1,515	1,420	1,313	1,109	858	586	393	363	425	34	14,081	1,082	1,148	5,497	578	27,157	4,903	2,696	5,731	10,518	3,309	
C.S. CARMEN MEDRO	25,447	1,412	1,323	1,223	1,034	799	546	366	339	396	32	13,122	1,008	1,070	6,055	539	25,447	4,710	2,512	5,340	9,801	3,084	
C.S. CARMEN ALTO	15,918	859	805	744	629	486	332	223	206	241	19	7,986	614	651	3,685	328	15,918	3,299	1,530	3,250	5,963	1,876	
P.S. SEÑOR DE LOS MILAGROS	8,491	465	435	402	340	263	180	120	111	130	10	4,318	332	352	1,992	177	8,491	1,671	825	1,757	3,224	1,014	
C.S. LAURA RODRIGUEZ DULANTO	41,534	2,231	2,091	1,933	1,634	1,263	863	579	535	626	50	20,741	1,594	1,691	9,570	852	41,534	8,759	3,970	8,441	15,490	4,874	
C.S. COLLIGUE III ZONA	43,078	2,380	2,231	2,062	1,743	1,347	920	617	571	668	53	22,124	1,700	1,804	10,208	909	43,078	8,117	4,237	9,003	16,523	5,198	
C.S. AÑO NUEVO	34,383	1,934	1,813	1,676	1,416	1,095	748	501	464	542	43	17,976	1,382	1,466	8,294	738	34,383	5,976	3,442	7,315	13,426	4,224	
C.S. GUSTAVO LANATTA	43,096	2,380	2,231	2,062	1,743	1,347	920	617	571	668	53	22,124	1,700	1,804	10,208	909	43,096	8,115	4,237	9,003	16,523	5,198	
P.S. 11 DE JULIO	13,113	744	697	644	545	421	288	193	178	209	17	6,914	531	564	3,190	284	13,113	2,189	1,323	2,813	5,163	1,625	
P.S. MILAGRO DE JESUS	8,214	446	418	387	327	253	173	116	107	125	10	4,148	319	338	1,914	170	8,214	1,658	795	1,688	3,097	976	
P.S. SAN CARLOS	16,748	893	837	773	654	505	345	231	214	250	20	8,296	638	676	3,828	341	16,748	3,635	1,950	3,376	6,198	1,949	
P.S. PRIMAVERA	21,536	1,190	1,115	1,031	871	674	460	309	285	334	27	11,062	850	902	5,104	454	21,536	4,055	2,118	4,502	8,262	2,599	
P.S. LOS GERANIOS	16,257	893	837	773	654	505	345	231	214	250	20	8,296	638	676	3,828	341	16,257	3,144	1,590	3,376	6,198	1,949	
P.S. LOS GERANIOS	21,538	1,190	1,115	1,031	871	674	460	309	285	334	27	11,062	850	902	5,104	454	21,538	4,057	2,118	4,502	8,262	2,599	
P.S. NUEVA ESPERANZA	10,581	595	558	516	436	337	230	154	143	167	13	5,531	425	451	2,552	227	10,581	1,841	1,058	2,251	4,131	1,300	
DISTRITO DE CARABAYLLO	316,094	17,411	14,750	12,767	9,587	6,985	4,717	2,943	2,851	3,553	444	182,349	14,270	14,362	75,742	7,558	316,094	69,696	34,391	68,013	116,901	27,093	
C.S. PROGRESO	76,535	4,191	3,551	3,072	2,307	1,683	1,135	709	689	1,338	106	39,078	3,435	3,456	18,230	1,819	76,535	17,222	8,280	16,371	28,139	6,523	
C.S. LA FLOR	51,127	2,845	2,410	2,086	1,567	1,141	771	481	467	907	73	26,528	2,332	2,347	12,376	1,235	51,127	10,865	5,620	11,113	19,102	4,427	
C.S. RAUL PORRAS BARRENECHEA	29,434	1,649	1,397	1,209	908	661	447	279	271	526	42	15,374	1,351	1,360	7,173	716	29,434	6,100	3,257	6,440	11,071	2,566	
C.S. VILLA ESPERANZA	29,396	1,647	1,395	1,208	907	661	446	278	271	525	42	15,358	1,350	1,359	7,165	715	29,396	6,089	3,251	6,434	11,059	2,563	
P.S. CHOCAS	10,636	599	507	439	330	240	162	101	98	191	15	5,585	491	494	2,606	260	10,636	2,162	1,183	2,340	4,020	931	
P.S. PUNCHAUCA	19,468	1,048	888	769	577	420	284	177	172	334	27	9,773	859	865	4,560	455	19,468	4,636	2,070	4,095	7,037	1,630	
P.S. JORGE LINGAN	21,464	1,198	1,015	878	660	481	325	202	197	382	31	11,170	982	988	5,211	520	21,464	4,510	2,367	4,679	8,043	1,865	
P.S. LUIS ENRIQUE	19,031	1,048	888	769	577	420	284	177	172	334	27	9,773	859	865	4,560	455	19,031	4,199	2,070	4,095	7,037	1,630	
P.S. SU MAJESTAD HIROHITO	13,607	749	634	549	412	300	203	127	123	239	19	6,981	614	618	3,257	325	13,607	3,012					

3.2. Análisis Organizacional

La Dirección de Redes Integradas de Salud – DIRIS Lima Norte, es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud de reciente creación; que opera, gestiona y articula los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, conformando la Red Integrada de Salud, la cual incluye a los Hospitales y los Establecimientos de salud de primer nivel de atención. La DIRIS Lima Norte, durante el proceso de implementación, integra las Redes de Salud: Lima Norte IV (Puente Piedra); Lima Norte V (Rímac – SMP – LO), y Lima Norte VI (Túpac Amaru). (DIRIS Lima Norte 2020)

Misión

La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte (DIRIS Lima Norte) tiene como misión:

Lograr que la población asignada tenga acceso a los servicios de salud con calidad, que administra y cuyos recursos gestiona y provee, para promocionar la salud de la persona desde su fecundación hasta su muerte natural, para restablecer su salud de acuerdo al nuevo modelo de atención integral de salud, para prevenir las enfermedades, para proteger y recuperar la salud de la población en situaciones de emergencia y desastres y para apoyar a la comunidad e instituciones en la construcción de entornos saludables. (DIRIS LIMA NORTE ROF, 2010, p. 3)

Visión

La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte (DIRIS Lima Norte), tiene como visión:

La salud de todas las personas, será expresión de un sustantivo desarrollo socio económico, del fortalecimiento de la democracia y de los derechos y responsabilidades ciudadanas basadas en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y la familia como unidad básica de la salud y desarrollo de la sociedad, en una cultura de solidaridad, de vida y de salud, así como en el establecimiento de mecanismos de accesibilidad a los servicios de salud con calidad, integrados en un sistema coordinado y

descentralizado de salud y cumpliendo las políticas y objetivos nacionales de salud. (DIRIS LIMA NORTE ROF, 2010, p. 3)

3.2.1. La Organización Funcional

A. Organigrama:

Los órganos y unidades orgánicas que conforman la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte son los siguientes:

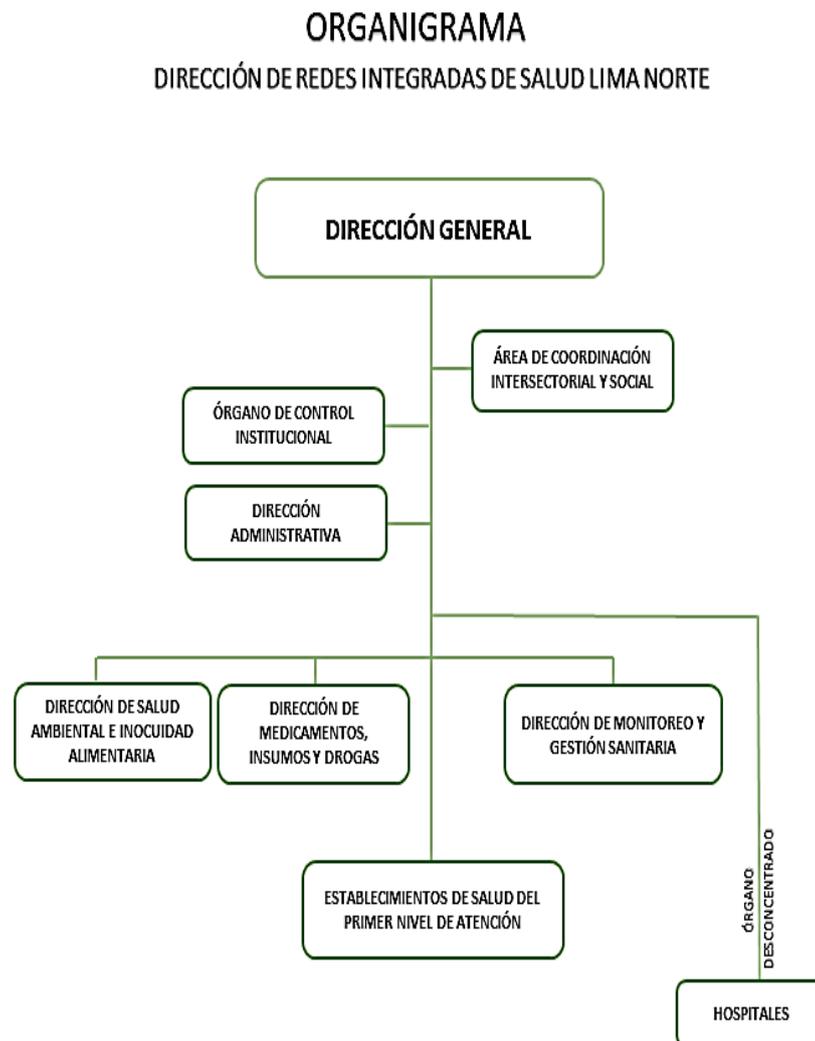


Figura 4. Organización Interna funcional para las Direcciones Integradas de Salud. Tomado de Organigrama de Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, aprobado con RD N°252-2019-MINSA/DIRIS.LN/1.

B. Estructura Orgánica.

La Dirección de Redes Integradas Lima Norte para cumplir su misión y lograr sus objetivos funcionales presenta según el ROF, la siguiente estructura orgánica:

Dirección General: es el órgano de más alto nivel de la Dirección de Redes Integradas en Salud Lima Norte, que dirige y supervisa el funcionamiento de la organización.

Órgano de Control Institucional: es el encargado de llevar a cabo el control gubernamental en la Dirección de Redes Integradas Lima Norte, de conformidad de las normas del Sistema Nacional de Control, promoviendo la correcta y transparente gestión de recursos y bienes de la entidad, cautelando la legalidad y eficiencia de sus actos y operaciones.

Dirección Administrativa: es el encargado de desarrollar los procesos técnicos de los sistemas administrativos de Planeamiento Estratégico, Presupuesto Público, Gestión de Recursos Humanos, Abastecimiento, Tesorería, Contabilidad, Inversión Pública y Modernización de la Gestión Pública.

Dirección de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria: es el órgano encargado de realizar las actividades relacionadas a salud ambiental e inocuidad alimentaria, en coordinación con la Alta Dirección del Ministerio de Salud.

Dirección de Medicamentos, insumos y drogas: es el órgano encargado de realizar las actividades relacionadas a los productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos, en coordinación con la Dirección General de medicamentos, insumos y drogas y la Alta Dirección del Ministerio de Salud.

Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria: Es el órgano encargado de realizar el seguimiento y control de las actividades relacionadas a Salud Pública, intervenciones Sanitarias, Prestaciones, Emergencias, Desastres y Docencia e Investigación. Juega un papel fundamental en el cumplimiento

de las tareas planificadas para el cumplimiento de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC). En coordinación directa con la Responsable de Discapacidad, se encargan de planificar las actividades y tareas a desarrollarse, garantizar la viabilidad de las mismas; así como su cumplimiento y evaluación.

Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención: los establecimientos de salud (EE. SS) del primer nivel brindan la atención oportuna y adecuada de las prestaciones a los usuarios, salud pública e intervenciones sanitarias, emergencias y desastres, docencia e investigación, fortalecer la capacidad resolutive centrada en el usuario. Son los actores principales en desplegar y llevar a cabo las acciones operativas de la estrategia de RBC planteada en el primer nivel de atención. En particular, los categorizados con nivel I-4, que presentan Unidad Productora de Servicios de Rehabilitación, tienen particular relevancia en brindar servicios de Rehabilitación, sobre las bases de la RBC. En general, cada uno de los EE. SS, constituye el eslabón fundamental, pues sirve de nexo entre la población y el segundo y tercer nivel de atención (hospitales e institutos), desplegando acciones de teleconsulta, teleinterconsulta, teleapoyo al diagnóstico, referencias, contrarreferencias, así como de seguimiento y control al paciente discapacitado, sus familiares y cuidadores.

C. Funciones Generales.

Según el MOF, La dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, en su ámbito geográfico realiza las siguientes funciones generales que se Toma en cuenta desde el Plan Operativo Institucional I semestre (2020)

- Desarrollar acciones de gestión, operación y articulación de los procesos de promoción, prevención, recuperación y

rehabilitación desarrollados en los establecimientos de salud, en el ámbito de su jurisdicción.

- Supervisar, consolidar e informar los procesos técnicos de los Sistemas Administrativos desarrollados por los establecimientos de salud en el ámbito de su jurisdicción.
- Supervisar el adecuado desempeño de la gestión sanitaria y administrativa en salud de los establecimientos de salud en el ámbito de su jurisdicción, en coordinación con los órganos competentes del Ministerio de Salud.
- Dirigir acciones de apoyo técnico para el adecuado desempeño de la gestión sanitaria y administrativa de los establecimientos de salud en el ámbito de su jurisdicción.
- Supervisar la gestión y operación de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención del ámbito de su jurisdicción.
- Realizar acciones para la articulación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia entre los Hospitales y los establecimientos de salud del primer nivel de atención, en el ámbito de su jurisdicción.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de los objetivos, metas e indicadores de desempeño de los Hospitales y los establecimientos de salud del primer nivel de atención del ámbito de su jurisdicción, en coordinación con la Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en Salud.
- Realizar acciones de fortalecimiento y mejoramiento continuo de la gestión sanitaria y administrativa de los establecimientos de salud del ámbito de su jurisdicción, a fin de garantizar el adecuado uso de los recursos asignados a las unidades ejecutoras en el ámbito de su jurisdicción.

- Organizar, planificar, programar y supervisar la gestión, operación y prestación de servicios de salud de los establecimientos del Primer Nivel de Atención.
- Administrar los recursos asignados a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de su jurisdicción, en el marco de la normatividad del proceso presupuestario; así como desarrollar por delegación los Sistemas Administrativos que correspondan.
- Velar por el adecuado desempeño administrativo y sanitario de los establecimientos de salud del primer nivel de atención que se encuentran bajo su jurisdicción.
- Ejecutar los proyectos de inversión de baja complejidad para ampliar y mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud del primer de atención y de los Hospitales bajo su jurisdicción.
- Formular y evaluar los proyectos de inversión de mediana y alta complejidad de los establecimientos de salud del primer de atención y de los Hospitales bajo su jurisdicción.
- Aprobar carteras de servicio de los establecimientos de salud del primer de atención y de los Hospitales bajo su jurisdicción.
- Gestionar, coordinar, supervisar y acompañar los procesos de prestación de servicios farmacéuticos y el aprovisionamiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de los hospitales y establecimientos del primer nivel de atención de Lima Metropolitana, en beneficio de la población y el cumplimiento de los objetivos del Ministerio de Salud y Normas Legales Vigentes.
- Supervisar, monitorear, evaluar y consolidar el cumplimiento de metas de producción física y financiera de los productos, proyectos, actividades y acciones los Programas Presupuestales Estratégicos desarrollados en

los Hospitales y Establecimientos del Primer Nivel de Atención bajo su jurisdicción.

- Emitir opinión técnica en el ámbito de sus competencias.
- Supervisar la dotación efectiva de recursos humanos en salud y de la oferta de servicios, a fin de garantizar la atención oportuna.
- Identificar las prioridades de docencia e investigación y gestionar su ejecución, en coordinación con los Hospitales, en el ámbito de su competencia.
- Identificar las brechas del personal de la salud necesario para el eficiente funcionamiento de la Red Integrada de Salud, y gestionar su dotación.
- Gestionar e implementar las acciones de Salud Pública en el ámbito de su competencia.

3.2.2. Análisis Interno.

A través del análisis del POI (2020), se plantean objetivos y se priorizan acciones estratégicas que orientan las actividades y tareas de las direcciones y oficinas de las Dirección de Redes Integradas de Salud. A continuación, se realiza el Análisis Interno desagregado en los siguientes subsistemas:

Tabla 12

Análisis interno de la DIRIS Lima Norte

	Nudo Crítico 1 Atención médica	Nudo Crítico 2 Rehabilitación	Nudo Crítico 3 Dispositivos de asistencia.
Psicosocial o Recursos Humanos.	Escasez de recursos humanos en salud en el sector público (atención médica especializada y otros profesionales de la salud)	Escases de recursos humanos en salud en el sector público, no se tienen en cuenta actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención, ni se especifica o detalla el enfoque comunitario de la misma	-

	Nudo Crítico 1 Atención médica	Nudo Crítico 2 Rehabilitación	Nudo Crítico 3 Dispositivos de asistencia.
Gestión	En la NTS, el PPR y el POI no se incluyen actividades de esta índole.	En la NTS, el PPR y el POI, las actividades que se han programado no abarcan bien la estrategia.	En la NTS, el PPR y el POI no se incluyen actividades de esta índole. Falta de gestión de las autoridades para conseguir o canalizar donaciones por parte de ONG, Iglesias y otras instituciones no gubernamentales.
Estructural		Ausencia de infraestructura para rehabilitación en el primer nivel de atención y en la comunidad	
Tecnológico	Ausencia de software de uso universal de gestión en salud, sistema de telesalud débil.	Ausencia de tecnología de punta que sustente las propuestas.	Ausencia de convenios con universidades para la creación e innovación de elementos de asistencia a las personas con discapacidad.

Fuente: Elaboración propia

Subsistema Psicosocial - Recursos Humanos:

Salta a la vista la problemática de la gestión y el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud con énfasis en competencias y la disponibilidad equitativa en el país, disminuir la gran brecha de existente en el sector público. Por otro lado, solo se contemplan actividades de rehabilitación el primer nivel de atención, en contraposición a lo que encomienda la OMS.

Subsistema de Gestión POI:

En el POI 2020 se prioriza la realización de actividades que se encuentran dentro del PPR 129 del MINSa. En ambos documentos se excluyen actividades de atención médica, sobre todo la especializada y por otros profesionales a demás del equipo básico de salud del primer nivel. En los mencionados documentos, no se abarca completa y explícitamente la rehabilitación como tal, más allá de las

actividades pormocionales y preventivas con agentes comunitarios, pacientes y familiares.

Los detalles de la distribución de las actividades y de las asignación presupuestal se observan en la tabla de Evaluación POI 2019 – I Trimestre, que se muestra a continuación:

Tabla 13*Evaluación POI 2019 – I Trimestre*

Programa Presupuestales	Número de Actividades Presupuestales	Presupuesto 2019 I Trimestre a toda Fuente			
0001.Programa Articulado Nutricional	19	42,582,053.00	49,915,778.00	12,858,738.00	25.76%
0002.Salud Materno Neonatal	15	26,812,541.00	35,830,145.00	7,631,220.02	21.30%
0016.Tbc-Vih Sida	21	21,473,606.00	27,131,330.00	6,125,350.04	22.58%
0017.Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis	07	7,041,872.00	7,203,635.00	1,377,830.40	19.13%
0018. Enfermedades no Trasmisibles	13	18,184,857.00	24,135,809.00	4,940,499.01	20.47%
0024.Prevenccion y Control del Cancer	14	11,524,262.00	12,099,166.00	2,200,262.03	18.19%
0068.Reduccion de Vulnerabilidad y atención de Emergencias por Desastres	12	565,799.00	565,799.00	86,863.91	15.35%
0104.Reduccion de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas	07	4,817,657.00	5,186,375.00	1,203,974.19	23.21%
0129.Prevencción y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad	07	4,180,897.00	4,281,742.00	728,035.25	17.00%
0131.Control y Prevención en Salud Mental	16	5,582,755.00	12,386,337.00	1,943,916.48	15.69%
9001.Acciones Centrales	06	27,060,626.00	39,547,979.00	7,011,068.47	17.73%
9002.Asignaciones Presupuestarias que no Resultan en Productos	22	25,478,150.00	31,703,565.00	5,927,065.07	18.70%
Total General	159	195,105,075.00	249,987,660.00	52,034,823.37	20.81%

Fuente: POI 2019 DIRIS Lima Norte

Subsistema Estructural MOF:

En los establecimientos del primer nivel de atención no existe la infraestructura adecuada para realizar actividades de Rehabilitación, tampoco en las comunidades, además se carecen de otras soluciones innovadores y costo efectivas.

Dentro del ámbito estructural de Manual Organizacional y Funciones en el DIRIS Lima Norte, se orienta en el mapa de proceso la cual hace mención a las necesidades y expectativas del usuario, mediante las áreas encargadas y oficinas de la DIRIS Lima Norte tales como:

Procesos Estratégicos: Las oficinas que están a cargo son Gestión de la Planificación y Desarrollo Institucional, Gestión de la Inteligencia Sanitaria, Gestión del Control Interno, Gestión de la Calidad.

Procesos Misionales: Los órganos encargados son Supervisión y Monitoreo a la Gestión Sanitaria, Administración del otorgamiento de Derechos en Salud, Vigilancia y Prevención de Riesgos de Salud, Gestión Territorial en Salud, Atención Integral de Salud.

Procesos de Soporte: Las oficinas que están a cargo son Gestión Financiera y Presupuestal, Gestión Logística, Gestión del Talento Humano, Gestión de las Tecnologías de la Información, Gestión de la Asesoría en Asuntos Legales y Jurídicos, Gestión documentaria y Atención al usuario y Gestión de la Comunicación e Imagen Institucional.

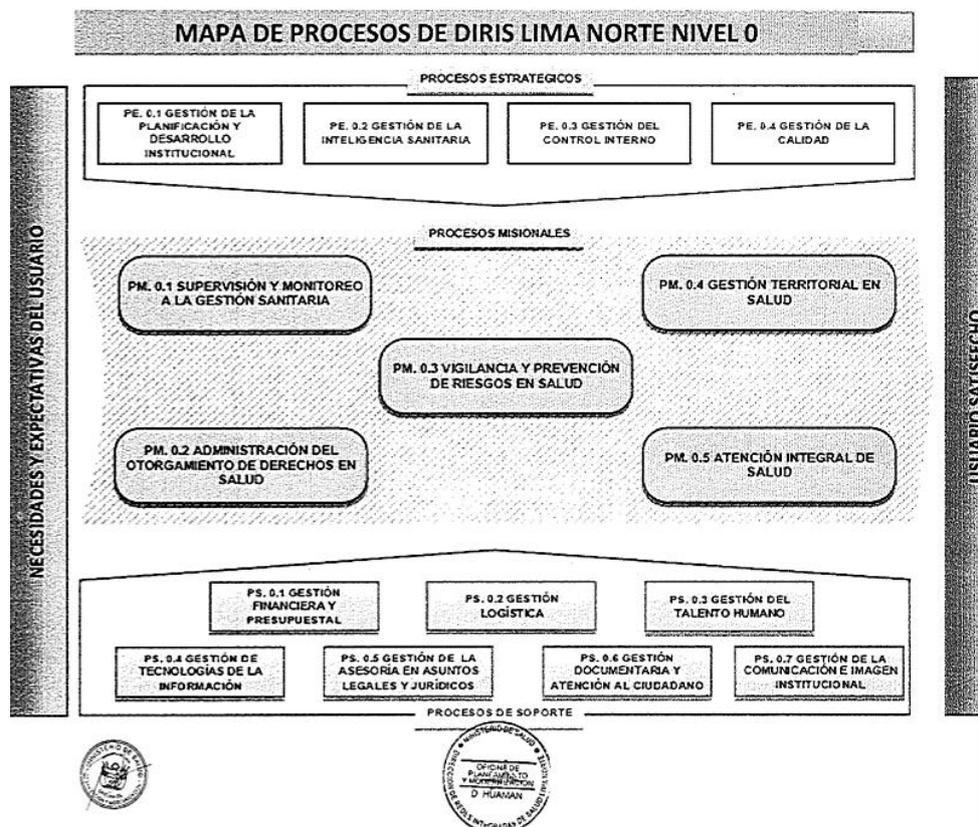


Figura 5. Mapa de procesos de DIRIS Lima Norte. Tomado de POI DIRIS Lima Norte 2020- I Semestre.

Subsistema Tecnológico:

Nos referimos a la ausencia un conjunto de elementos y variables que van permitir el desarrollo de los componentes determinados como nudos críticos; entre ellos se determinaron la falta de software de uso universal de gestión en salud, lo que unido a un sistema débil de Telesalud, y la carencia de tecnología de punta que sustente las propuestas, hace que sean obstáculos acumulados, costosos y difíciles de sortear e imposibilita el empoderamiento y la satisfacción de la población a través del gobierno digital en salud. Algunos de los beneficios que traería consigo el cambio en este sentido serían:

- Mecanismos de generación de evidencias para la toma de decisiones implementados.
- Información de la Historia Clínica de usuarios en el sistema de salud.

- Sistemas de información e infraestructura tecnológica del sector salud.
- Prestaciones y gestión de servicios de salud con el uso de tele-medicina, tele-gestión y tele-educación, implementados en las redes integradas de Salud en el presente año.
- Gobierno abierto, implementado que facilita información al público y la rendición de cuentas.

Además, la DIRIS Lima Norte no tiene ni se ha propuesto realizar convenios con universidades, municipalidades, y otras instituciones para la creación e innovación de elementos de asistencia a las personas con discapacidad.

3.2.3. Entorno Organizacional.

Entorno Inmediato: la DIRIS Lima Norte tiene dentro de su jurisdicción a 9 distritos con carácter heterogéneo debido a la coexistencia de zonas residenciales, urbano marginales y rurales.

Dentro de los distritos más poblados tenemos los de San Martín de Porres (721,866), Comas (541,154), Los Olivos (382,728) y Puente Piedra (364,272). En contraste a esto tenemos a Rímac, Ancón y Santa Rosa (190,691; 44,725; y 19,332 respectivamente).

Los distritos con mayor porcentaje de pobreza son Santa Rosa (29,05%), Puente Piedra (28.3%) y Ancón (26.3%) y por su parte los que tienen menor porcentaje de pobreza son: Los Olivos (9.75%), S.M de Porres 10.45% y Rímac (13.55%), esta desigualdad es muy acentuada entre distritos

Se ha demostrado que existe una gran relación entre la pobreza y la discapacidad

La población está distribuida en su mayoría en los grupos etáreos de comprendidos entre los 15 y 49 años, con disminución de los grupos

de 0-14 años y con vértice en mayores de 60 años. Esto se traduce en consecuencias demográficas y económicas pues es bien sabido que los adultos mayores son más propensos a padecer alguna discapacidad muchas veces concomitando con enfermedades crónicas no transmisibles de base.

En los análisis de situación de salud realizados no se contempla dentro del acápite salud familiar, como un grupo priorizado a los pacientes con discapacidad, ni se tiene referencias estadísticas de las personas con discapacidad, por distritos y establecimiento de salud al que corresponden.

Entorno Intermedio:

A través de la Norma Técnica de Salud N°0135 del MINSA, se instituye como objetivo general: establecer el marco conceptual, metodológico e instrumental de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, incorporando los lineamientos de la Atención Primaria de Salud. (Ministerio de Salud, NTS N° 135 MINSA/2017/DGIESP, 2017, p. 2)

Como objetivos específicos se detallan:

- a) Establecer los procedimientos e instrumentos para la identificación, detección de las personas con discapacidad, para mejorar e incrementar el acceso a los servicios de salud con la participación de la comunidad para la implementación y ejecución de la estrategia RBC.
- b) Incorporar, articular y fortalecer las redes sociales: Organizaciones de Base, organizaciones civiles y gestores públicos y de gobierno nacional, regional y local.
- c) Promover el desarrollo de las unidades productoras de medicina de rehabilitación apropiado y apropiable, articulando y desarrollando programas de intervención temprana con enfoque de riesgo.

- d) Monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones de la estrategia de RBC realizadas por el equipo de salud con participación de los actores sociales y agentes comunitarios. (Ministerio de Salud, NTS N° 135 MINSA/2017/DGIESP, 2017, p. 2)

Los componentes estructurales de la Estrategia de RBC son:

- Intersectorialidad
- Organización comunitaria
- Transferencia tecnológica

Los establecimientos del sector público con población asignada (**primer nivel de atención**) implementan la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad.

Los establecimientos de salud del **segundo y tercer nivel de atención** realizan la capacitación a los profesionales de la salud del primer nivel de atención, quienes están encargados de la transferencia tecnológica a los agentes comunitarios de salud, y de la coordinación de la rehabilitación integral que requieran las personas con discapacidad identificadas en la comunidad y brindan atención de mediana y alta complejidad según la demanda, estableciendo la referencia y la contrarreferencia. (Ministerio de Salud, NTS N° 135 MINSA/2017/DGIESP, 2017, p. 9)

Dentro de este marco se brindan los lineamientos esenciales para establecer la estrategia de RBC, contando con los establecimientos de salud del primer nivel de atención como eslabón fundamental, en articulación directa con el segundo y tercer nivel, para completar el ciclo de atención a las personas con discapacidad.

Dentro de los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con los que cuenta la DIRIS Lima Norte tenemos establecimientos con categoría I -3 para un 54.9%, categoría I-2 que son el 29.4% y de

categoría I-4 que representan el 10.7%. Dentro del segundo nivel de atención se cuenta con 2 hospitales de categoría III-1 en los distritos de San Martín de Porres y Comas; 01 hospital de categoría II-2 en el distrito de Puente Piedra.

Para mejorar los resultados de RBC, se debe mejorar la contrarreferencia del Hospital III- 1. Este Sistema de Referencias y Contrarreferencia, se rige a través de la Norma Técnica de Salud N° 018-MINSA /DGSP V.01 denominada: "Norma Técnica del Sistema de Referencia Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud". De acuerdo a lo publicado en su página oficial, el Instituto Nacional de Rehabilitación, (INR), (2020), la finalidad de su Oficina de Referencia y Contrarreferencia es: "garantizar la continuidad de la atención de los usuarios de los Servicios de Salud a través de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SCR) efectivo y eficiente, mejorando el estado de Salud de la población según la capacidad resolutoria". (p. s/n)

Agregan además que, son un establecimiento del tercer nivel que brinda atención de alta complejidad en Rehabilitación a pacientes con discapacidad moderada o severa. De igual modo especifican que la coordinación de las referencias estará dada por los sistemas REFCON o al correo electrónico de la institución (referencia@inr.gob.pe. (Instituto Nacional de Rehabilitación, (INR), 2020)

Según la NTS-018-MINSA/DGSP se explica el proceso de referencias y contrarreferencias, pero entre el tercer nivel de atención y el primero no existe concatenación alguna; dentro de las funciones de la Oficina de Referencias y Contrarreferencias, para este nivel, se especifica:

- b) Coordinar y establecer la referencia y contrarreferencia de usuarios externos entre establecimientos e Institutos especializados y Hospitales, a través de los centros de comunicación permanentes instalados, que garantice la

vinculación e integración del SCR en el ámbito regional y nacional.” (Ministerio de Salud, NTS 018-MINSA/DGSP, p. 33)

Por tanto, podemos decir que existe una ausencia de trabajo entre el tercer y primer nivel de atención, donde los profesionales especializados y mayormente capacitados en el tema, brinden lineamientos y orientaciones de seguimiento y monitoreo a los profesionales del equipo básico de salud, que se encuentran más cercanos a los pacientes.

Es importante resaltar que en distrito de San Martín de Porres a pesar de que tiene la mayor concentración de población, no cuenta con un establecimiento de categoría I-4.

Dentro de los recursos humanos con que cuenta la DIRIS Lima Norte, se encuentran profesionales de salud distribuidos en el primer nivel de atención de salud. Y se puede decir que existen 1.9 médicos por cada 10,000 habitantes, .92 enfermeras por cada 10,000 habitantes; 1.46 obstetrices por cada 10,000 habitantes y menos de 1 odontólogo (0.75) por cada 10,000 mil habitantes.

Acá podemos darnos cuenta de que no se supe siquiera con las necesidades básicas de salud de la población en general, menos para destinar recursos a la contratación de personal específico para la estrategia de RBC.

Entorno internacional:

La RBC en **Colombia**, nace a partir de las directrices encomendadas por la OMS, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad (SND) y dirigida a las personas con discapacidades. Cuidadores, familiares, agentes comunitarios, comunidad, sociedad civil organizada y entidades del Estado. Sus objetivos son fortalecer el desarrollo

comunitario en coordinación con entes gubernamentales y no gubernamentales para promover la igualdad de oportunidades, disminuir los índices de pobreza, y con ello lograr la inclusión social de las Personas con Discapacidad, sus familias y cuidadores. Este fin se logra con la integración del trabajo en conjunto y coordinado de los sectores salud, educación, social, subsistencia y movilización social. Se incluyen todos los componentes recomendados por la OMS para la creación de una estrategia de RBC.

Entre los resultados que ha traído consigo este trabajo articulado se pueden citar: crear aprendizajes colectivos y simultáneos de metas, conceptos y experiencias relacionadas a la RBC; ha permitido el trabajo interconectado de la sociedad civil e instituciones privadas y diferentes entes gubernamentales. Control y retroalimentación de procesos, acciones, experiencias, etc.

En **Ecuador** se facilita la construcción de igualdad e inclusión promoviendo la colaboración entre las entidades estatales, las personas con discapacidad, sus familias, los dirigentes y miembros de una comunidad, así como otros actores locales para generar igualdad de oportunidades, integración social y desarrollo comunitario.

3.3. Análisis de Stakeholders

El análisis de Stakeholders se realiza de la siguiente manera:

Tabla 14

Análisis de Stakeholders

Actor	Descripción del Cargo	Funciones según el MOF
Ministro de Salud	Es la más alta autoridad política y ejecutiva del sector salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar, planificar, formular direccionar y supervisar las políticas nacionales en materia de salud. • Liderar y organizar las políticas en salud en coordinación con los Gobiernos Regionales y Locales, y con las distintas instituciones de

Actor	Descripción del Cargo	Funciones según el MOF
Director General de la DIRIS Lima Norte	Máximo representante de estos Órganos Desconcentrados del Ministerio de Salud en materia de su competencia.	<p>salud, a fin de que se lleven a cabo dichas políticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizar y fiscalizar el cumplimiento de las políticas, respetuosas con los derechos de los usuarios en salud. • Control y evaluación de impacto de las políticas nacionales en salud. • Gestionar los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, en todos los niveles de atención de salud en su jurisdicción, a nivel de Lima Metropolitana • Identificar y coordinar las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños de la discapacidad de la población, considerando las acciones de promoción de la salud, los determinantes sociales de la salud y los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en salud en todas las etapas de vida, así como monitorear su desempeño en los diferentes niveles de gobierno.
Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad	Máximo responsable a nivel nacional de la estrategia de Prevención y Control de la Discapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Formular e implementar las políticas, normas, lineamientos y otros documentos en materia de intervenciones estratégicas a su cargo, en todas las etapas de vida, en coordinación con los Gobiernos Regionales. • Formular e implementar, en lo que corresponda; así como monitorear el planeamiento y/o modelo de las acciones de las intervenciones estratégicas a su cargo; en coordinación con los actores involucrados.
Dirección Monitoreo DIRIS	Es el Órgano encargado de llevar a cabo las acciones de Salud Pública, Prestaciones, Emergencias y Desastres, así como de Docencia e Investigación., en coordinación con las Dirección General de Operaciones en Salud y la alta dirección del Ministerio de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar los recursos humanos y tecnológicos del primer nivel de atención, para el logro de los objetivos institucionales como redes integradas de salud. • Monitorear y evaluar la consecución de los objetivos institucionales propuestos, tanto para el primer nivel de atención como los hospitales de su jurisdicción. • Garantizar el adecuado funcionamiento del Sistema de

Actor	Descripción del Cargo	Funciones según el MOF
<p data-bbox="316 1205 544 1294">Establecimientos del primer nivel de atención.</p>	<p data-bbox="569 1176 930 1328">Eslabón fundamental en la atención Primaria de salud y sobre todo en la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).</p>	<p data-bbox="968 271 1390 353">Referencias y Contrarreferencias entre los establecimientos de salud de los distintos niveles de atención.</p> <ul data-bbox="949 360 1394 1435" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="949 360 1394 539">• Gestionar y organizar las actividades correspondientes a Salud Pública que se desarrollen en su jurisdicción, así como los modelos de mejora continua de los servicios de salud. <li data-bbox="949 546 1394 667">• Orientar los servicios de salud para que se desarrolle un modelo de atención de salud familiar comunitario. <li data-bbox="949 674 1394 882">• Desarrollar acciones de promoción y prevención en el primer nivel de atención, así como actividades de enfoque intersectorial para controlar diferentes factores de riesgo para la salud de la población bajo su cargo. <li data-bbox="949 889 1394 1032">• Proponer y gestionar programas de formación especializada del personal sanitario, y elaborar el diagnóstico de brecha de recursos humanos para la docencia <li data-bbox="949 1070 1394 1435">• Son los responsables del primer encuentro de la persona con discapacidad con el sistema de salud. Realizan actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, seguimiento, control y actividades de recuperación de la salud. Interrelacionan los diferentes niveles de atención de salud. Coordinan el trabajo de RBC con enfoque intersectorial.

Fuente: Elaboración propia

Capítulo IV La Formulación

4.1. Determinación de Objetivos

En nuestra investigación hemos visto pertinente que el objetivo principal es *“Disminuir la afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado, a través del manejo de estos, basado en la Rehabilitación con Base en la Comunidad, en pacientes que pertenecen a la DIRIS Lima Norte”*. Que logrará mejorar la elevada afectación de la calidad de vida e integración social del paciente discapacitado en la Atención Primaria en Salud.

**“LA DISCAPACIDAD Y LA REHABILITACION CON BASE COMUNITARIA,
UN ENFOQUE DESDE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LA DIRIS
NORTE LIMA”**

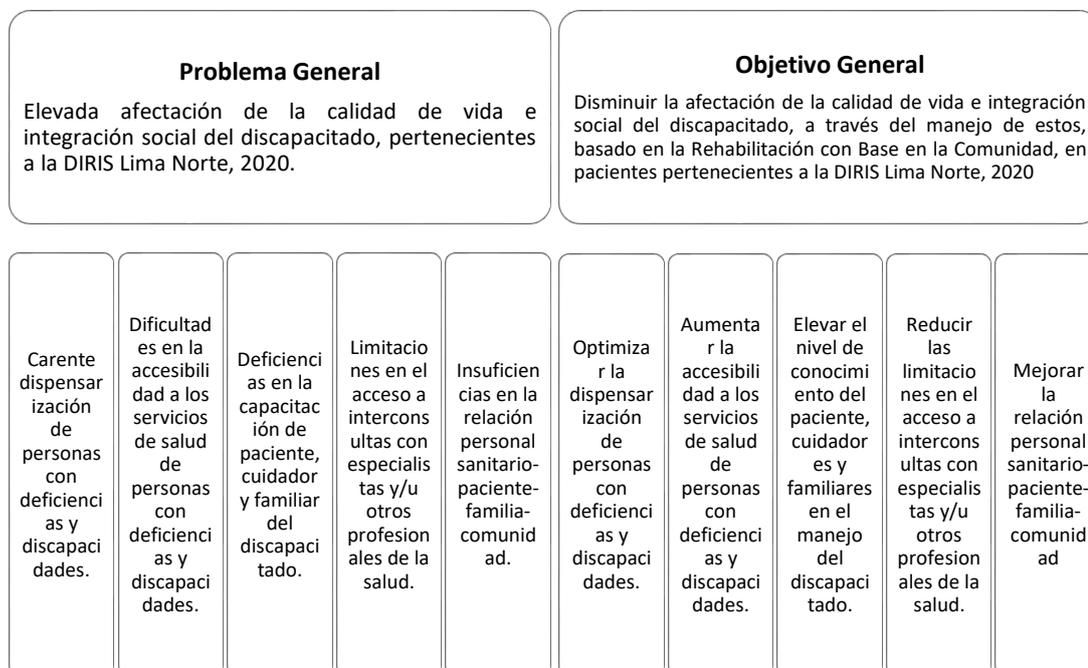


Figura 6. Análisis de los problemas y objetivos general y específicos de nuestra investigación.

Fuente: Elaboración propia

4.1.1. Determinación de los Objetivos.

A. Objetivo General.

Determinar la afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado, a través del manejo de estos, basado en la Rehabilitación con Base en la Comunidad, en pacientes pertenecientes a la DIRIS Lima Norte, 2020.

B. Objetivos específicos.

Objetivo Específico 1:

Abordar la dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades, basado en la Rehabilitación con Base en la Comunidad, en pacientes pertenecientes a la DIRIS Lima Norte, 2020.

Objetivo Específico 2:

Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades, basado en la Rehabilitación con Base en la Comunidad, en pacientes pertenecientes a la DIRIS Lima Norte, 2020.

Objetivos Específicos 3:

Capacitar al personal, cuidadores y familiares de los pacientes con discapacidad para un servicio de calidad en salud, basado en la Rehabilitación con Base en la Comunidad, en pacientes pertenecientes a la DIRIS Lima Norte, 2020.

Objetivos Específico 4:

Ampliar el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud, basado en la Rehabilitación con Base en la Comunidad, en pacientes pertenecientes a la DIRIS Lima Norte, 2020.

Objetivos Específicos 5:

Mejorar la relación personal sanitario, paciente, familia, comunidad, basado en la Rehabilitación con Base en la Comunidad, en pacientes pertenecientes a la DIRIS Lima Norte, 2020.

De acuerdo con la determinación de objetivos y los medios de investigación nuestro proyecto se respalda según la norma técnica 135 del MINSA y el PPR 129, que constituyen las primeras bases en la construcción y funcionalidad de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en el país.

De tal manera brindamos los factores y las deficiencias que nos demanda realizar nuestro objetivo general basándonos en la Rehabilitación Basada en Comunidad, cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad o en riesgo de padecerla, sus familiares y cuidadores; asignadas a la DIRIS Lima Norte.

Con esto se logra fortalecer el trabajo articulado con las Redes Integradas de Salud, para mejorar el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad, de manera que se priorice a esta población en la cobertura de atenciones a nivel de nuestra jurisdicción.

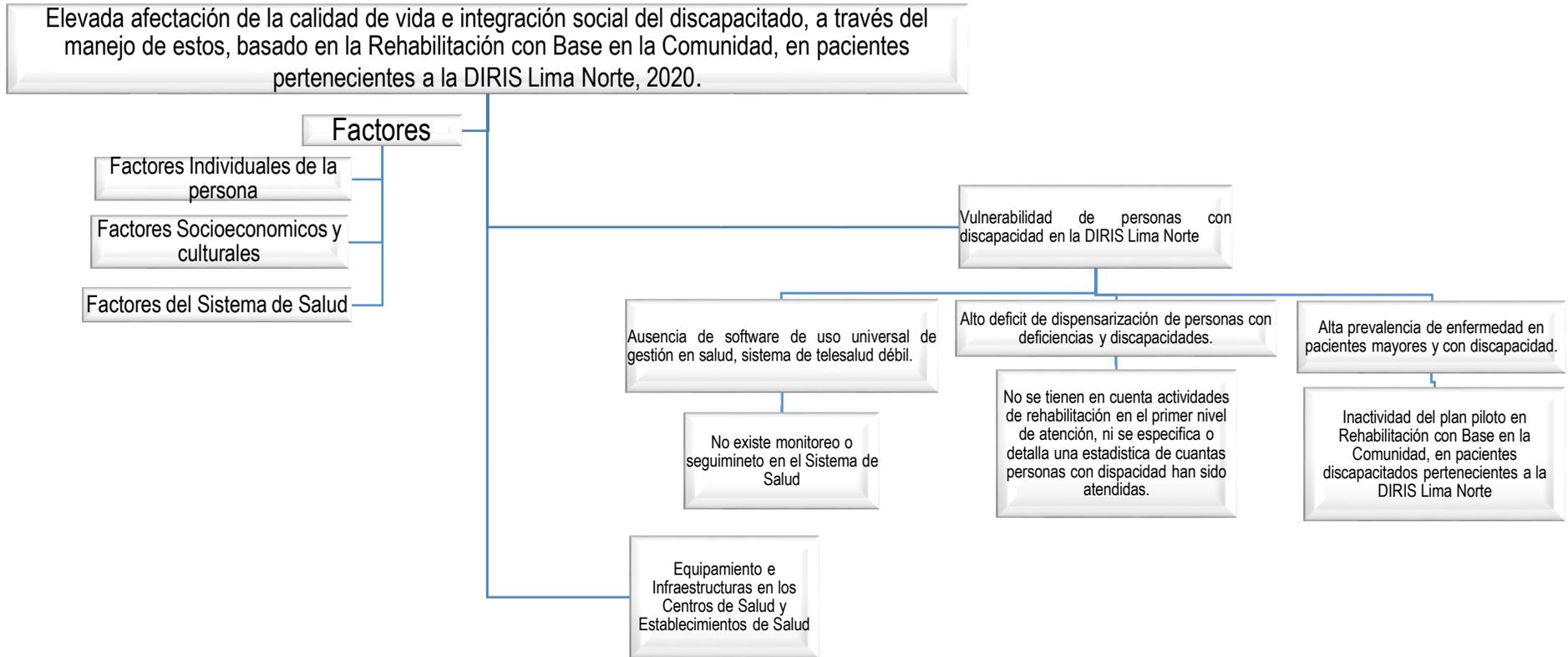


Figura 7. Análisis de los factores y Vulnerabilidad de personas con discapacidad en la DIRIS Lima Norte.

Fuente: Elaboración propia

4.1.2. Sustento de Evidencias.

La fundamentación del análisis realizado anteriormente se basa en lineamientos proporcionados por organismos internacionales referentes en la materia, así como entes nacionales con responsabilidad rectora y ejecutora en el país. La normativa en la que nos hemos basado para comparar los actuados llevados a cabo en el marco legal de nuestro país es la siguiente:

- Guía para la Rehabilitación Basada en la Comunidad de la Organización Mundial de la Salud (2012)
- NTS N°135-MINSA/2017/DGIESP, aprobada con RM-457/2017/MINSA.
- Programa Presupuesto por Resultados 0129 Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad aprobado con Resolución Directoral N°024–2016-EF/50.01.
- Resolución Directoral N°1239-2020-MINSA/DIRIS.LN/1. Que resuelve aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) 2020 de la Unidad Ejecutora 144-1684-Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.

4.1.3. Análisis de Medios.

A continuación, brindaremos el Análisis de medios u objeto específico propuesto para nuestra investigación:

Tabla 15

Análisis de medio del primer producto de nuestra investigación.

Análisis de Medio – Primer Producto	
	Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.
Descripción del medio	La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte implementó a sus Redes Integradas, en el marco de funcionamiento un plan Piloto para las personas con discapacidad, más esto solo quedó en un taller y hasta la fecha no se hace ni un seguimiento ni monitoreo al respecto.
Describir la vinculación entre	Cabe resaltar que hasta la fecha no toman con mayor seriedad la importancia de la atención primaria en salud a las personas con discapacidad y se verifica que hasta la fecha

Análisis de Medio – Primer Producto	
el medio y el problema	no se cuenta con un Plan de Trabajo Anual como también no cuentan con un presupuesto para la creación de un sistema de inscripción virtual y/o físico para de las personas con deficiencias y discapacidades.
Evidencia que justifique la relación del medio con el problema	Según la Resolución Directoral N°1239-2020-MINSA/DIRIS.LN/1 y el Plan Piloto (POI) 2020 de la Unidad Ejecutora 144-1684-Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, aún se encuentran en observación ya que no cuentan con un presupuesto para dicho Plan, lo cual no da pase libre a nuestra investigación.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16

Análisis de medio del segundo producto de nuestra investigación.

Análisis de Medio – Segundo Producto	
Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria.	
Descripción del medio	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con nueve distritos, de los cuales que se vienen afectando año tras año, ya que hasta la fecha no se cuenta con la implementación de un Plan de Trabajo que ayude a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad ni cuenta con un equipo multidisciplinario en cada red de salud.
Describir la vinculación entre el medio y el problema	Es preciso mencionar que dentro de las actividades del PPR y las específicas en el POI, no consideran una atención especializada exclusivamente para estas personas vulnerables, sino que también no se cuenta con personal capacitado y comprometido de dicha labor de servicio, la DIRIS Lima Norte cuenta con el personal en salud, mas no constituye equipos de trabajos multidisciplinario ni brindan una atención coordinada para realizar visitas domiciliarias ni atención primaria mediante dispositivos móviles.
Evidencia que justifique la relación del medio con el problema	Se evidencia en el PPR de la DIRIS Lima Norte y en el POI donde no existe ningún registro de capacitaciones ni orientaciones para la atención de personas con discapacidad, a su vez esto se suma que no existe un equipo multidisciplinario móvil para brindar una atención primaria en el primer nivel.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17

Análisis de medio del tercer producto de nuestra investigación.

Análisis de Medio – Tercer Producto	
Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.	
Descripción del medio	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con diferentes Redes de Salud tales como: Lima Norte IV (Puente Piedra); Lima Norte V (Rímac – SMP – LO), y Lima Norte VI (Túpac Amaru) las cuales hasta la fecha no cuentan con una Oficina de Capacitaciones y Monitoreo

Análisis de Medio – Tercer Producto	
Describir la vinculación entre el medio y el problema	para su personal de salud, pacientes y familiares, a su vez solo tienen como enfoque el derecho a la salud. Cabe mencionar que la DIRIS Lima Norte debería de contar con dicha Oficina de Capacitaciones y Monitoreo, la cual ayudaría desarrollar un enfoque sanógeno que se implementaría en una orientación adecuada al paciente con discapacidad y capacitar a todo su personal de salud, ya que rompería la brecha que hasta estos momentos se viene viviendo.
Evidencia que justifique la relación del medio con el problema	Se evidencia en el PPR de la DIRIS Lima Norte y en el POI cuenta con un presupuesto en actualización y capacitación para todo su personal en salud, más no se tiene planificado capacitar al paciente y su familiar, lo cual es importante ya que son personas que requieren mayor orientación para la atención primaria en salud.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 18

Análisis de medio del cuarto producto de nuestra investigación.

Análisis de Medio – Cuarto Producto	
Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	
Productos Específicos	
Descripción del medio	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con diferentes Redes de Salud, las cuales hasta la fecha no cuentan con un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención para pacientes con Discapacidad, la cual es fundamental dado el incremento de consultas externas y por la falta de orientación su debida atención médica.
Describir la vinculación entre el medio y el problema	Cabe mencionar que la DIRIS Lima Norte debería contar con un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo para la atención primaria en salud para pacientes con discapacidad, ya que se observa que en los últimos años se ha incrementado las consultas y se ha visto deserción de pacientes con discapacidad ya que no logran tener una atención adecuada y necesaria en salud.
Evidencia que justifique la relación del medio con el problema	Según la Resolución Directoral N°1239-2020-MINSA/DIRIS.LN/1 y el Plan Piloto (POI) 2020 de la Unidad Ejecutora 144-1684-Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, aún se encuentran en observación ya que no cuentan con un presupuesto para dicho Plan. Asimismo, se encuentra la Evaluación Trimestral del POI, donde se evidencia un incremento de 483, 615 nuevas atenciones y se espera que esto se aumente en el próximo año.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19*Análisis de medio del quinto producto de nuestra investigación.*

Análisis de Medio – Quinto Producto	
Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario	
Descripción del medio	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con diferentes Redes de Salud tales como: Lima Norte IV (Puente Piedra); Lima Norte V (Rímac – SMP – LO), y Lima Norte VI (Túpac Amaru) las cuales hasta la fecha no cuentan con una Oficina de Rehabilitación con Base en la Comunidad para pacientes con Discapacidad, la cual es fundamental dado el incremento de consultas externas y por la falta de orientación su debida atención médica.
Describir la vinculación entre el medio y el problema	Cabe mencionar que la DIRIS Lima Norte debería brindar programas de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario, para brindar una orientación adecuada y logran la inclusión social en salud de dichos pacientes de la DIRIS Lima Norte.
Evidencia que justifique la relación del medio con el problema	Se evidencia en el PPR de la DIRIS Lima Norte y en el POI cuenta con un presupuesto en actualización y capacitación para todo su personal en salud, más no se tiene planificado brindar campañas de sensibilización en la Atención médica a pacientes con discapacidad.

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Análisis de Alternativas:

A continuación, se presentará las matrices de alternativas por cada medio analizado de las cuales dos alternativas de solución por cada una de ellas y de la mejor puntuación de una de esas alternativas salen el producto por cada medio u objetivo específico de nuestra investigación.

Tabla 20*Matriz de Alternativas por el Medio Analizado – Primer Medio.*

Descripción del medio del Problema	La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte implemento a sus Redes Integradas, en el marco de funcionamiento un plan Piloto para las personas con discapacidad, más esto solo quedo en un taller y hasta la fecha no se hace ni un seguimiento ni monitoreo al respecto.				
Alternativa	Complementariedad	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Alternativa seleccionada
Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus	Actualmente la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, solo cuenta con HIS que es a nivel nacional, más nos cuenta con una base de datos	X	3	3	X

Descripción del medio del Problema	La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte implemento a sus Redes Integradas, en el marco de funcionamiento un plan Piloto para las personas con discapacidad, más esto solo quedo en un taller y hasta la fecha no se hace ni un seguimiento ni monitoreo al respecto.			
principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales	solo para discapacitados.			
Elevar el nivel de conocimiento del paciente, cuidadores y familiares en el manejo del discapacitado.	Deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado.	X	2	2
Generar una guía con pautas para crear capacitaciones que conecten e impacten.	A medida que la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, va mejorando no se evidencia que realicen capacitaciones continuas, ni capaciten al personal en atención médica a discapacitados.	X	2	2

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21

Matriz de Alternativas por el Medio Analizado – Segundo Medio.

Descripción del medio del Objetivo	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con nueve distritos, de los cuales que se vienen afectando año tras año, ya que hasta la fecha no se cuenta con la implementación de un Plan de Trabajo que ayude a mejor la calidad de vida de las personas con discapacidad ni cuenta con un equipo multidisciplinario en cada red de salud.				
Alternativa	Complementariedad	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Alternativa seleccionada
Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria.	Actualmente la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con equipos de trabajo mas no cuenta con un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria.	X	3	3	X

Descripción del medio del Objetivo	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con nueve distritos, de los cuales que se vienen afectando año tras año, ya que hasta la fecha no se cuenta con la implementación de un Plan de Trabajo que ayude a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad ni cuenta con un equipo multidisciplinario en cada red de salud.				
Disminuir la brecha de recursos humanos en salud y trabajar en coordinación con el primer nivel de atención, encaminando la RBC desde un enfoque de atención primaria de salud.	Una de las dificultades de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, es la inadecuada distribución de sus recursos humanos ya que se podría optimizar y reconocer la labor de aquellos colaboradores con resoluciones de mérito.	X	2	2	
Aumentar la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades.	Las dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades en la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte	X	2	2	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 22

Matriz de Alternativas por el Medio Analizado – Tercer Medio.

Descripción del medio del Objetivo	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con diferentes Redes de Salud tales como: Lima Norte IV (Puente Piedra); Lima Norte V (Rímac – SMP – LO), y Lima Norte VI (Túpac Amaru) las cuales hasta la fecha no cuentan con una Oficina de Capacitaciones y Monitoreo para su personal de salud, pacientes y familiares, a su vez solo tienen como enfoque el derecho a la salud.				
Alternativa	Complementariedad	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Alternativa seleccionada
Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.	Cabe mencionar que la DIRIS Lima Norte debería de contar con dicha Oficina de Capacitaciones y Monitoreo, la cual ayudaría desarrollar un enfoque sanógeno que se implementaría en una orientación adecuada al paciente con discapacidad y capacitar a todo su personal de salud,	X	3	3	X

Descripción del medio del Objetivo	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con diferentes Redes de Salud tales como: Lima Norte IV (Puente Piedra); Lima Norte V (Rímac – SMP – LO), y Lima Norte VI (Túpac Amaru) las cuales hasta la fecha no cuentan con una Oficina de Capacitaciones y Monitoreo para su personal de salud, pacientes y familiares, a su vez solo tienen como enfoque el derecho a la salud.				
Disminuir la brecha de recursos humanos en salud y trabajar en coordinación con el primer nivel de atención.	pacientes y familiares.	Se observa que la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, no cuenta con un sistema de capacitación tanto para el personal de salud.	X	2	2
Generar folletos de orientación para todas las personas que sean atendidas en la DIRIS Lima Norte.		A medida que la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, va mejorando no se evidencia que invierta en información para el público,	X	2	2

Fuente: Elaboración propia

Tabla 23

Matriz de Alternativas por el Medio Analizado – Cuarto Medio.

Descripción del medio del Objetivo	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con diferentes Redes de Salud, las cuales hasta la fecha no cuentan con un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención para pacientes con Discapacidad, la cual es fundamental dado el incremento de consultas externas y por la falta de orientación su debida atención médica.				
Alternativa	Complementariedad	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Alternativa seleccionada
Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsulta y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, no cuenta con un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo en la atención primaria en salud.	X	3	3	X
Optimizar la dispensarización de personas con deficiencias y	Carente dispensarización de personas con deficiencias y	X	2	2	

Descripción del medio del Objetivo	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con diferentes Redes de Salud, las cuales hasta la fecha no cuentan con un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención para pacientes con Discapacidad, la cual es fundamental dado el incremento de consultas externas y por la falta de orientación su debida atención médica.				
deficiencias y discapacidades.	discapacidades en la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.				
Brindar acceso a los portales virtuales en páginas del MINSA.	Dificultades en la accesibilidad a los servicios red en algunas redes de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.				
	X	2		2	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 24

Matriz de Alternativas por el Medio Analizado – Quinto Medio.

Descripción del medio del Objetivo	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, cuenta con diferentes Redes de Salud tales como: Lima Norte IV (Puente Piedra); Lima Norte V (Rímac – SMP – LO), y Lima Norte VI (Túpac Amaru) las cuales hasta la fecha no cuentan con una Oficina de Rehabilitación con Base en la Comunidad para pacientes con Discapacidad, la cual es fundamental dado el incremento de consultas externas y por la falta de orientación su debida atención médica.				
Alternativa	Complementariedad	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Alternativa seleccionada
Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario	La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, no realiza capacitaciones ni realiza campañas de sensibilización respecto a la atención médica a personas con discapacidad.	X	3	3	X
Constituir un equipo multidisciplinario de trabajo en las redes de salud.	En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, no cuenta con equipos de trabajo integrados.	X	2	2	
Brindar charlas informativas para la población de ciertos distritos.	Deficiencias en la capacitación y en el manejo de información por parte del personal	X	2	2	

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Productos

Nuestra investigación toma en cuenta cinco productos que lograrán cumplir nuestro Objetivo General lo cuales se detallan a continuación:

- **Producto 1:** Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.
- **Producto 2:** Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria.
- **Producto 3:** Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.
- **Producto 4:** Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil
- **Producto 5:** Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario

4.3.1. Descripción de Productos.

Tabla 25

Descripción de los productos propuestos.

Productos	Descripción del producto
Producto I Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.	Considera la propuesta de creación de un formato único consensuado físico y/o virtual que engloba aspectos esenciales para determinar el tipo de discapacidad, factores de riesgo a los que están sometidos el paciente, sus familiares y cuidadores y aspectos, así como de su entorno y comunidad. Permite contar con un registro único a nivel nacional que permita contar con la data necesaria para formular estrategias de salud pública enfocadas en las necesidades reales de estas personas. Este deberá ser incluido en el POI de la DIRIS Lima Norte. Si requiriese que el personal de salud salga a comunidad o realice

Productos	Descripción del producto
<p>Producto II</p> <p>Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria.</p>	<p>atenciones a las personas con discapacidad debe contener consideraciones para el contexto de emergencia sanitaria por pandemia COVID – 19. Con puntos específicos de bioseguridad para los profesionales de la salud El producto se encuentra desarrollado en el anexo 01.</p> <p>Creación de un equipo multidisciplinario itinerante que comprenda profesionales de la salud como: Psicólogo, Nutricionista, Tecnólogo en Terapia Física y Rehabilitación, Lic. en Enfermería; Técnico en Enfermería, Cirujano Dentista y Médico Cirujano, todos con estudios de capacitación o especialización en este grupo poblacional. Este estaría enfocado en la atención de pacientes con discapacidad en el primer nivel de atención, en consulta externa y en conjunto con el equipo básico de salud, consolidar un plan de acción individualizado para la atención de cada paciente. No se evidencia que haya desarrollo de estas estrategias en ninguna normativa. Este deberá ser incluido en el POI de la DIRIS Lima Norte. Contiene consideraciones para el contexto de emergencia sanitaria por pandemia COVID – 19. Con puntos específicos de bioseguridad para los profesionales de la salud y para la población. El producto se encuentra desarrollado en el anexo 02.</p>
<p>Producto III</p> <p>Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.</p>	<p>Se trata de un documento para gestar un Plan de Capacitaciones empático con la población objetivo, enfocada en aumentar su nivel de Educación para la Salud y con ello hacer más efectivas y aplicables las estrategias preventivo-promocionales centradas en la preservación de la salud como su máxima premisa. Este permitirá a los capacitadores tener herramientas asertivas que conecten y generen impacto en la población, lo que se traduce a su vez en su entorno más cercano y la comunidad. Este deberá ser incluido en el POI de la DIRIS Lima Norte. CONTINENE consideraciones para el contexto de emergencia sanitaria por pandemia COVID – 19. Con puntos específicos de bioseguridad para los profesionales de la salud y los cuidados que se debe tener para la población discapacitada. El producto se encuentra desarrollado en el anexo 03.</p>
<p>Producto IV</p> <p>Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.</p>	<p>Se trata de fortalecer el sistema de consultas con el uso de la Tecnología de Informática y Comunicaciones (TIC) que contempla la implementación de Módulos de Teleconsulta, Teleinterconsulta y teleapoyo al diagnóstico que trabaja interrelacionadamente y en coordinación con los tres niveles de atención de salud y el equipo itinerante. Permite el manejo de las personas con discapacidad</p>

Productos	Descripción del producto
Producto V Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario	desde un enfoque multidisciplinario y facilita el acceso a los pacientes a servicios especializados de salud, para el diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento de los mismos y con ello la disminución de aparición de condiciones secundarias y/o incrementan su discapacidad. No se evidencia la realización de esta alternativa en ninguna normativa citada. Este deberá ser incluido en el POI de la DIRIS Lima Norte. El producto se encuentra desarrollado en el anexo 04. Consiste en una planificación de actividades que van enfocadas en la aceptación e integración social de la persona con discapacidad en la comunidad. Contempla la integración de diferentes sectores y el trabajo interconectado entre los mismos. Este deberá ser incluido en el POI de la DIRIS Lima Norte. El producto se encuentra desarrollado en el anexo 05.

Fuente: Elaboración propia.

4.3.2. Actividades.

Las actividades contempladas para la materialización de los productos propuestos son las siguientes:

Tabla 26

Descripción de las actividades a realizar en el producto 1: Sistema de inscripción virtual y/o físico.

Denominación del Producto N°1	Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual • Creación de Instructivo de llenado de cuestionario • Validación del cuestionario. • Creación del registro virtual. • Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios. • Uso del cuestionario como Registro. • Difusión del uso del registro • Inclusión en el POI de la institución. • Evaluación y control.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 27

Descripción de las actividades a realizar en el producto 2: Equipo multidisciplinario móvil.

Denominación del Producto N°2	Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario • Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar. • Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar. • Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación. • Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud • Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención. • Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa. • Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud. • Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores. • Cumplimiento de las actividades y funciones designadas. • Inclusión en el POI de la Institución. • Evaluación y control

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 28

Descripción de las actividades a realizar en el producto 3: sistema de capacitaciones efectivo y amigable.

Denominación del Producto N°3	Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.
Actividades	<p>Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.</p> <p>Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.</p> <p>Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva</p> <p>Inclusión en el POI de la Institución.</p> <p>Evaluación y control.</p>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 29

Descripción de las actividades a realizar en el producto 4: un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.

Denominación del Producto N°4	Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil. • Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil. • Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil. • Adquisición logística necesaria. • Implementación de los módulos. • Capacitar al personal de salud para para el uso de los Módulos • Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico. • Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad. • Inclusión en el POI de la Institución. • Evaluación y control

Fuente: Elaboración propia

Tabla 30

Descripción de las actividades a realizar en el producto 5: un sistema de capacitaciones dirigido a la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario

Denominación del Producto N°5	Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario. • Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario. • Capacitación al personal de salud sobre el programa • Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario. • Inclusión en el POI de la Institución. • Evaluación.

Fuente: Elaboración propia

Capítulo V

La Propuesta de Implementación

5.1. Identificación de los Recursos Críticos

Para desarrollar este Trabajo de Investigación Aplicada se han considerado analizar los recursos que son necesarios para el desarrollo de cada uno de los siguientes productos:

Producto 1: Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.

Producto 2: Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria

Producto 3: Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.

Producto 4: Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.

Producto 5: Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario

Analizando si alguno de ellos podría en su desarrollo tener un recurso considerado como crítico:

5.1.1. Comunicación estratégica.

Para el producto 1 se considera necesario el diseño de un cuestionario con lenguaje claro y preciso; además de un instructivo de llenado de dicho cuestionario, para que los usuarios o agentes

comunitarios puedan disipar sus dudas y evitar errores durante el llenado del mismo con el propósito de obtener la información más completa y confiable posible.

En el producto 2 se requiere la capacitación al personal del equipo básico del primer nivel para generar un sistema de atención, establecer un tratamiento y seguimiento individualizado basado en las particularidades de cada caso en concordancia con los aspectos del entorno; que se lleve a cabo a través del trabajo mancomunado entre el equipo multidisciplinario y el equipo básico, enfocado en los pacientes con discapacidad, sus familiares y cuidadores.

En el producto 3 y 5 es necesario que se desarrolle una guía de elaboración de capacitaciones que tenga en cuenta aspectos metodológicos, de comunicación efectiva e interculturalidad, destinada a conectar con la audiencia a capacitar.

En el producto 4 se pretende instruir al personal de salud en la implementación y uso de tecnología, como también el llenado correcto de los formatos para las teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.

Las estrategias comunicacionales mencionadas, pueden ser completamente desarrolladas por el equipo investigador, por lo que no serían un recurso crítico en ninguno de los productos mencionados.

5.1.2. Incidencia de Stakeholders.

Alta incidencia: Director de la DIRIS Lima Norte, Dirección de prevención y control de la discapacidad.

Mediana incidencia: Dirección de Monitoreo, Administración.

Baja incidencia: Oficina de Planeamiento.

Tabla 31*Incidencias según Stakeholders*

Productos	Incidencia		
	Alta	Mediana	Baja
P1	Director DIRIS / Estrategia	Dir. Monitor/Adm	Planeamiento
P2	Director DIRIS / Estrategia	Dir. Monitor/Adm	Planeamiento
P3	Director DIRIS / Estrategia	Dir. Monitor/Adm	
P4	Director DIRIS / Estrategia	Dir. Monitor/Adm	Planeamiento
P5	Director DIRIS / Estrategia	Dir. Monitor/Adm	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.3. Recursos Humanos.

Para el **Producto 1** se requiere de un médico especialista en Rehabilitación Física que formule el cuestionario donde se recoja la mayor cantidad de información pertinente para entender la realidad en la que se desenvuelve el discapacitado y su familia dentro de la comunidad. Por otro lado, se necesita de los servicios de un Ingeniero Informático o de Sistemas que genere el registro virtual.

Para el **Producto 2** se necesita contratar (01) Psicólogo, (01) Nutricionista, (01) Tecnólogo en Terapia Física y Rehabilitación, (01) Lic. en Enfermería; (01) Técnico en Enfermería, (01) Cirujano Dentista y (01) Médico Cirujano, todos con estudios de capacitación o especialización en este grupo poblacional. Este estaría enfocado en la atención de pacientes con discapacidad en el primer nivel de atención, en consulta externa y en conjunto con el equipo básico de salud, consolidar un plan de acción individualizado para la atención de cada paciente.

Para el desarrollo del **Producto 3** se requiere de las destrezas y capacidades de un profesional con conocimientos pedagógicos, un Lic. en comunicación y un agente comunitario, para crear un plan de capacitaciones empático con la población objetivo, enfocada en aumentar su nivel de Educación para la Salud y con ello hacer más

efectivas y aplicables las estrategias preventivo-promocionales centradas en la preservación de la salud como su máxima premisa.

Para llevar a cabo el **Producto 4** se necesita de los servicios de 01 profesional de la salud con conocimientos básicos de informática y 01 ingeniero informático o de sistemas, para fortalecer el sistema de consultas con el uso de la Tecnología de Informática y Comunicaciones (TIC) que contempla la implementación de Módulos de Teleconsulta, Teleinterconsulta y teleapoyo al diagnóstico que trabaja interrelacionadamente y en coordinación con los tres niveles de atención de salud y el equipo itinerante.

En el desarrollo del **Producto 5** se requiere como capital humano, a los profesionales de la salud que conforman el equipo básico de salud en el primer nivel (Obstetra, Enfermeras, Tec. Enfermería, Cirujano Dentista y Médico Cirujano) Consiste en una planificación de actividades de capacitación enfocadas en la aceptación e integración social de la persona con discapacidad en el espacio laboral, escolar y comunitario.

De los recursos humanos en salud requeridos anteriormente, podemos decir que, estos existen dentro de la DIRIS Lima Norte, y se contará con ellos, por lo que no constituye un recurso crítico.

Cabe resaltar que la DIRIS Lima Norte, no cuenta con algunos Recursos Humanos, pero tiene el compromiso de ayudar con esta investigación haciendo un reconocimiento escrito a todo el personal contratado que apoye en las áreas de solicitadas para la implementación y mejora institucional.

5.1.4. Recursos Financieros.

Para ello consideramos los siguientes tipos de costos:

- Costos directos: Se producen durante la provisión de la atención sanitaria. Son costos identificables y se pueden atribuir de una

forma clara e inequívoca a un producto o actividad concreta. Los costes directos se dividen en:

Sanitarios: costos de personal, pruebas diagnósticas, consultas, instrumental, equipos, otros.

No sanitarios: Atención domiciliaria

- Costos indirectos: Costos que incrementan por incapacidad temporal del trabajador, llámese enfermedad u otros.
- Costos fijos: equipamiento, software, acondicionamiento de oficina para atención de pacientes con discapacidad, servicio de mantenimiento.
- Costos variables: consumo de electricidad, gastos de combustible, costos para comunicación.

Tabla 32

Costos estimados

Costos	Costo Estimado		Total
	Profesional	Sueldo mensual	
			S/. 54
			500.00
			S/. 86
			400.00
			S/. 86
	01 ingeniero informático	S/.4 500	400.00
	01 Obstetra	S/.2 400	S/. 86
	01 Enfermera	S/.2 400	400.00
	01 Cirujano Dentista	S/.2 400	S/. 126
	01 Médico Cirujano	S/.3 500	000.00
Costo Directo	01 Nutricionista	S/.2 400	S/. 86
	01 Psicólogo	S/.2 400	400.00
	01 profesional de la salud estudio en didáctica	S/.5 000	S/. 86
		S/.2 400	400.00
	01 Lic. en Comunicación	S/.930	S/. 15
	01 agente comunitario	S/.2 400	000.00
	01 Trabajadora Social		S/. 86
			400.00
			S/. 33
			480.00
		S/. 86	
		400.00	
		S/.4	
Costos Indirectos	Contratación de Personal de reemplazo		500.00
			S/. 73
			500.00
Costos Fijos	105 Dispositivos móviles (Tablet/Celular)		S/. 2
			500.00

Costos	Costo Estimado		Total
	Profesional	Sueldo mensual	
	05 Impresoras		S/. 12
	05 Computadoras		500.00
	Materiales de escritorio		S/. 5
	Folletos informativos		500.00
	Internet		S/. 3
	05 Pulsioxímetros		500.00
	05 Estetoscopios		S/. 5
	05 Esfigmomanómetro Digital		400.00
	Implementos para visita médica (mascarilla, guantes, bajalengua, botas, gorros descartable)		S/. 400.00
	05 Termómetro Digital		600.00
	01 CAMIONETA Minivan		S/.
			650.00
			S/. 5
			400.00
			S/. 1
			400.00
			S/. 40
			000.00
			S/. 12
			500.00
			S/. 5
	consumo de electricidad		500.00
	Mantenimiento		S/. 14
	Combustible		500.00
	Costos de comunicación		S/. 5
	Soporte del sistema virtual		500.00
	Viáticos		S/. 1
	Alquiler de Ambientes para consultas en campaña		400.00
	Medicamentos		S/. 5
			400.00
			S/. 5
			400.00
			S/. 7
			400.00
			S/. 964
Total			030.00

Fuente: Elaboración propia.

Para poner en marcha este **producto 1** se requiere de una disponibilidad presupuestal de S/. 6500 para pagar los servicios de un Médico Cirujano especialista en Rehabilitación Física y S/4500 para un Ingeniero Informático o de Sistemas, contratados por la entrega de los productos correspondientes.

En total se requiere de S/.11 000, pero como se cuenta con estos recursos dentro de la DIRIS Lima Norte por lo que no será necesaria la contratación de recurso humano; no se considera un recurso crítico.

Para el **producto 2** se solicitará el apoyo del personal ya contratado por la DIRIS Lima Norte (01) Psicólogo, (01) Nutricionista, (01) Tecnólogo en Terapia Física y Rehabilitación, (01) Lic. en Enfermería, (01) Técnico en Enfermería, (01) Cirujano Dentista y (01) Médico Cirujano todos con estudios de especialización en este grupo poblacional. En este caso, se solicitará el apoyo para todo el personal ya contratado y se realizará una carta de reconocimiento a su ardua labor a nombre de la DIRIS Lima Norte.

Para el desarrollo del **producto 3** se requiere de un presupuesto de S/.2400 para contratar a un Lic. en Comunicación; S/.930 para el agente comunitario, y S/.5000 para un profesional de la salud con maestría en Educación para crear un plan de capacitaciones empático con la población objetivo. En total se necesitan S/.8330 pero como tenemos este recurso humano dentro de la DIRIS Lima Norte, no será necesaria la contratación del personal, por lo que no es un recurso crítico.

Para llevar a cabo el **producto 4** se necesita disponer de un total de S/.6900 para la contratación de 01 profesional de la salud con conocimientos básicos de informática con una remuneración de S/.2400 y 01 ingeniero informático o de sistemas, S/.4500 para capacitar al personal sobre el uso de las Tecnologías de Informática y Comunicaciones (TIC) y la implementación de los Módulos de Teleconsulta, Teleinterconsulta y teleapoyo y el correcto de llenado de los formatos correspondientes. Como se cuenta con los mencionados profesionales dentro de la DIRIS Lima Norte, no se requiere la contratación, por tanto, no se considera un recurso crítico. A nivel de equipos (tablets con chips de líneas telefónicas con acceso a internet), en el mercado estas tienen un valor aproximado de S/.700 y otorgando una a cada establecimiento de salud, sería un total de 105 tablets, (S/. 73,500.00) con un chip de S/.30 por cada mes (S/. 3,150.00) sería un monto final de S/. 111,300.00. Este fondo sería

obtenido de un Proyecto de Inversión que está promoviendo el Nivel Central en concordancia con la modernización de la gestión pública.

En el desarrollo del **producto 5** se necesita de la disponibilidad de S/.10700, a fin de contratar a los profesionales de la salud que conforman el equipo básico de salud en el primer nivel: Obstetra, con una remuneración de S/.2400, Lic. en Enfermería con S/.2400, Cirujano Dentista S/.2400 y Médico Cirujano S/.3500. Su función sería planificar y aplicar capacitaciones enfocadas en la aceptación e integración social de la persona con discapacidad en el espacio laboral, escolar y comunitario. De los recursos humanos en salud requeridos anteriormente, podemos decir que, estos existen dentro de la DIRIS Lima Norte, y se contará con ellos, por lo que no constituye un recurso crítico.

5.1.5. Recursos Logísticos

Para el desarrollo de los **productos 1, 3 y 5**, dado que serán tomados de los recursos con los que cuenta la DIRIS Lima Norte, no será necesaria ninguna adquisición de logística para este fin, por tanto, no constituye un recurso crítico.

En el caso del **producto 2** se requiere de la adquisición de una minivan para el traslado del personal y los recursos logísticos necesarios como formatos, material educativo, dispositivos médicos, etc. En caso de ser comprada sería por un monto aproximado de S/.40000. Cabe señalar que esta puede ser solicitada al Programa Nacional de Bienes Incautados.

Para el **producto 4** se necesita adquirir Módulos de Teleconsulta, Teleinterconsulta y teleapoyo al diagnóstico, para ello se pueden comprar tablets con chips de líneas telefónicas con acceso a internet y a través de un convenio con estas empresas encontrar tarifas más económicas. Hay disponibilidad de equipos en el mercado.

En ese sentido, este recurso no es crítico.

5.1.6. Recursos Tiempo

Existe alta rotación de los directores de la DIRIS Lima Norte, mas no de los directores técnicos.

La propuesta requiere un lapso no mayor a tres años. El Primer año, se realizará la implementación de los productos. Durante el Segundo año se debe garantizar que todos los productos funcionan bien, realizando la evaluación de los mismos. En el tercer Año, se debe garantizar la total sostenibilidad de los productos. Luego del análisis realizado, se garantiza que se dispondrá de ese tiempo en la gestión de la DIRIS Lima Norte.

5.2. Metas periodo de tres años

Tabla 33

Programación de metas por productos en un período de 3 años.

Producto	Objetivos	Metas	Actividades	Responsable	Años/ semestre						
					1		2		3		
					I	II	I	II	I	II	
Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.	Contar con un base de datos que permita conocer la cifra real de discapacitados, su distribución y principales factores de riesgo a los que están sometidos	Registrar al 95% de las personas con discapacidad, y asignarla al centro de atención primaria correspondiente	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	x						
			Creación de Instructivo de llenado de cuestionario	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	x						
			Validación del cuestionario	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	x						
			Creación del registro virtual	Ingeniero Informático o de Sistemas	x						
			Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación e Ingeniero Informático o de Sistemas		x					
			Uso del cuestionario como Registro.	Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de las DIRIS Lima Norte			x	x	x		
			Difusión del uso del registro	Oficina de Imagen Institucional				x	x		

Producto	Objetivos	Metas	Actividades	Responsable	Años/ semestre						
					1		2		3		
					I	II	I	II	I	II	
Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria	Disminuir la brecha de recursos humanos en salud y trabajar en coordinación con el primer nivel de atención, encaminando la RBC desde un enfoque de atención primaria de salud	Aumentar en un 65% el acceso de salud de las personas con discapacidad a los servicios de rehabilitación. Interrelacionar el trabajo del primer y segundo nivel de atención de salud	Inclusión en el POI de la institución.	Responsable de Salud de las Personas y Planeamiento y Presupuesto	x	X					
			Evaluación y control.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de las DIRIS Lima Norte					x	x	
			Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.	Investigadores	x						
			Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad de las DIRIS Lima Norte.			x				
			Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.	Oficina de Recursos Humanos			x	X	x		
			Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.	Oficina de Recursos Humanos			x	X	x		
			Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud	Oficina de Recursos Humanos			x	X	x		
			Atención multidisciplinaria a personas con	Equipo multidisciplinario.			x	x	x	X	

Producto	Objetivos	Metas	Actividades	Responsable	Años/ semestre						
					1		2		3		
					I	II	I	II	I	II	
			discapacidad en el primer nivel de atención.	Responsable de Rehabilitación							
			Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.	Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte.	X	x	x	x			
			Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte.	x	x	x	X			
			Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte.	x	x	x	x			
			Adquisición de logística necesaria para actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención.	Responsable del área de Logística y de Rehabilitación Basada en la Comunidad de la DIRIS Lima Norte	x	X					
			Actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención	Responsable de Rehabilitación Basada en la	x	X	x	x	X		

Producto	Objetivos	Metas	Actividades	Responsable	Años/ semestre							
					1		2		3			
					I	II	I	II	I	II		
				Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte. Responsable de Rehabilitación								
			Cumplimiento de las actividades y funciones designadas.	Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte. Responsable de salud de las personas y Planeamiento y Presupuesto. Responsable de Rehabilitación		x		X				
			Inclusión en el POI de la Institución.	Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de la DIRIS Lima Norte	x		X					
			Evaluación y control	Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de la DIRIS Lima Norte		x		X	x	x		X
			Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva. Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.	Oficina de Comunicaciones de la DIRIS Lima Norte	x							
				Oficina de Comunicaciones de la DIRIS Lima Norte							x	
Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.	Generar una guía con pautas para crear capacitaciones que conecten e impacten.	Aumentar en un 35% los niveles de Educación para la Salud en los pacientes con discapacidad, sus familiares y cuidadores.										

Producto	Objetivos	Metas	Actividades	Responsable	Años/ semestre					
					1		2		3	
					I	II	I	II	I	II
Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	Mejorar el acceso a atención médica especializada	Aumentar en un 50% el acceso a interconsultas con especialistas, derribando barreras físicas, geográficas, y de asimetría de información.	Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva	Equipo básico de salud			X	X		
			Inclusión en el POI de la institución.	Responsable de salud de las personas y Planeamiento y Presupuesto de la DIRIS Lima Norte.		x	X			
			Evaluación y control	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de la DIRIS Lima Norte					x	x
			Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	Investigadores		x				
			Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el	Ingeniero Informático y de Sistemas			X			

Producto	Objetivos	Metas	Actividades	Responsable	Años/ semestre						
					1		2		3		
					I	II	I	II	I	II	
			equipo multidisciplinario móvil.								
			Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil	Oficina de Logística de la DIRIS Lima Norte		X					
			Adquisición logística necesaria	Oficina de Logística de la DIRIS Lima Norte		X	x				
			Implementación de los módulos.	Ingeniero Informático y de Sistemas			x	x			
			Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos	Ingeniero Informático y de Sistemas y personal de salud con conocimientos en informática.			x	x			
			Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de la DIRIS Lima Norte		X	x	x	x	x	

Producto	Objetivos	Metas	Actividades	Responsable	Años/ semestre					
					1		2		3	
					I	II	I	II	I	II
Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario	Generar una guía con pautas para crear capacitaciones que permitan una mayor integración social del discapacitado.	Aumentar en un 30% la inclusión laboral, social y comunitaria del discapacitado.	Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y responsable del establecimiento de salud.		X	x	x	x	X
			Inclusión en el POI de la Institución.	Responsable de Salud de las Personas y Rehabilitación Basada en la Comunidad		X				
			Evaluación y control.	Ingeniero Informático y de Sistemas y Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad de la DIRIS Lima Norte.		X	x	X	x	x
			Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	Investigadores		x				
			Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	Investigadores y Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad de la DIRIS Lima Norte.					X	

Producto	Objetivos	Metas	Actividades	Responsable	Años/ semestre					
					1		2		3	
					I	II	I	II	I	II
			Capacitación al personal de salud sobre el programa	Investigadores y Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad de la DIRIS Lima Norte.			x	X		
			Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	Equipo básico de salud			x	X		
			Inclusión en el POI de la Institución	Responsable de Salud de las personas y Planeamiento y presupuesto de la DIRIS Lima Norte	X	X				
			Evaluación	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad de la DIRIS Lima Norte.		X	X	X	x	x

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo VI

Análisis de Viabilidad

6.1. Análisis de viabilidad

El análisis de viabilidad de nuestra investigación se desarrolló con el fin de determinar posibles riesgos capaces de debilitar el proyecto planificado, así como disminuir riesgos potenciales y establecer planes de respaldo en caso de requerirse.

6.1.1. Viabilidad Política.

Consideramos que existe viabilidad política en nuestro trabajo de investigación puesto que promueve el derecho a la salud y el acceso a mayor cobertura en servicios de salud y dispositivos de asistencia a las personas con discapacidades, voluntad política que siempre existirá independientemente de la rotación en la Dirección Ejecutiva de la DIRIS Lima Norte y el Ministerio de Salud. Se sustenta en la fundamentación de un problema justificado y latente, en el marco de la LEY N° 29973, Ley General de personas con discapacidad.

6.1.2. Viabilidad Técnica:

Todo el conocimiento requerido se encuentra respaldado por el marco normativo citado anteriormente, de tal manera, se encuentra garantizada la viabilidad técnica y por ende la ejecución de los productos planteados.

6.1.3. Viabilidad Social.

Nuestra propuesta precisamente aboga por la inclusión social del discapacitado, generando mayor empatía, aceptación e integración de este como parte de la comunidad. Por lo que esta es socialmente viable.

6.1.4. Viabilidad Presupuestal.

Se garantiza la disponibilidad presupuestal a través del PPR 0129 MINSA, por lo que, mediante la optimización de los recursos previamente destinados a este fin, y la inclusión de estas actividades en el POI 2021, se contará con el financiamiento necesario para llevar a cabo esta propuesta.

6.1.5. Viabilidad Operativa.

Se avalan la disponibilidad de recursos humano con formación asistencial en salud y la contratación del equipo especializado, así como apoyo del personal administrativo que aseguren la puesta en marcha y el correcto funcionamiento del proyecto.

6.2. Análisis de Viabilidad según actores:

6.2.1. Método SADCI.

Según el método SADCI (Sistema de Análisis de Capacidad Institucional) nos brinda una brecha perceptible entre lo que la investigación implica y lo que se desea hacer en nuestro proyecto de investigación, a continuación, se presenta el Déficit de Capacidad Institucional; desagregado de la siguiente manera:

Formulario C: Actividades

Tabla 34

Registro de productos según el código de actividad, descripción y responsables de la investigación.

Producto	Código de Actividad	Descripción de Actividades	Responsable de Actividad
Producto 1: Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y	101	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación e
	102	Creación de Instructivo de llenado de cuestionario	
	103	Validación del cuestionario	

Producto	Código de Actividad	Descripción de Actividades	Responsable de Actividad
condiciones biopsicosociales.	104	Creación del registro virtual	Ingeniero Informático o de Sistemas Médico
	105	Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.	Especialista en Medicina Física y Rehabilitación e Ingeniero Informático o de Sistemas
	106	Uso del cuestionario como Registro.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de las DIRIS Lima Norte
	107	Difusión del uso del registro	Oficina de comunicaciones de la DIRIS Lima Norte
	108	Inclusión en el POI de la institución	Responsable de Salud de las Personas y Planeamiento y Presupuesto
	109	Evaluación y control.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de las DIRIS Lima Norte
Producto 2 Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria	201	Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.	Investigadores
	202	Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad de las DIRIS Lima Norte.
	203	Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.	Oficina de Recursos Humanos
	204	Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.	
	205	Proceso de contratación de servicios de	

Producto	Código de Actividad	Descripción de Actividades	Responsable de Actividad
		profesionales de la salud	
	206	Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte.
	207	Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa. Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento	Equipo multidisciplinario
	208	personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.	
	209	Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte.
	210	Adquisición de logística necesaria para actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención.	Responsable del área de Logística y de Rehabilitación Basada en la Comunidad de la DIRIS Lima Norte
	211	Actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte.
	212	Cumplimiento de las actividades y funciones designadas.	Responsable de Salud de las Personas y Planeamiento y Presupuesto.
	213	Inclusión en el POI de la Institución.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y
	214	Evaluación y control	

Producto	Código de Actividad	Descripción de Actividades	Responsable de Actividad
			Monitoreo de las DIRIS Lima Norte
Producto 3 Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.	301	Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.	Oficina de Comunicaciones de la DIRIS Lima Norte
	302	Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.	
	303	Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.	Equipo básico de salud
	304	Inclusión en el POI de la institución.	Responsable de Salud de las Personas y Planeamiento y Presupuesto de la DIRIS Lima Norte
	305	Evaluación y control	
Producto 4 Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil	401	Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	Investigadores
	402	Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	Ingeniero Informático y de Sistemas
	403	Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil	Oficina de Logística de la DIRIS Lima Norte

Producto	Código de Actividad	Descripción de Actividades	Responsable de Actividad
Producto 5 Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario	404	Adquisición logística necesaria	
	405	Implementación de los módulos.	Ingeniero Informático y de Sistemas
	406	Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos	Ingeniero Informático y de Sistemas y personal de salud con conocimientos en informática.
	407	Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de la DIRIS Lima Norte
	408	Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y responsable del establecimiento de salud.
	409	Inclusión en el POI de la Institución.	Responsable de Salud de las Personas y de Rehabilitación Basada en la Comunidad
	410	Evaluación y control.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de la DIRIS Lima Norte
	501	Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	Investigadores
	502	Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	Investigadores y Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad de la DIRIS Lima Norte.
	503	Capacitación al personal de salud sobre el programa	Investigadores y Responsable de Rehabilitación

Producto	Código de Actividad	Descripción de Actividades	Responsable de Actividad
			Basada en la Comunidad de la DIRIS Lima Norte.
	504	Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	Equipo básico de salud
	505	Inclusión en el POI de la Institución	Responsable de Salud de las personas y Planeamiento y presupuesto de la DIRIS Lima Norte
	506	Evaluación	

Fuente: Elaboración propia.

F-D 1: Déficit relacionados con leyes, reglas, normas y “reglas de juego”.

F-D 2: Déficit relacionados con relaciones interinstitucionales.

F-D 3: Déficit relacionados con la estructura organizacional interna y distribución de funciones.

F-D 4: DCI desde el punto de vista de las políticas de personal

F-D 5: Déficit desde el punto de vista de insumos físicos y recursos humanos.

F-D 6: Déficit relacionados con la capacidad individual de los participantes encargado de ejecutar cada actividad

Estos formularios han sido validados para nuestra investigación con la colaboración del Dr. José Bernable, asesor externo de la Dirección General DIRIS Lima Norte, a efectos de validar las ponderaciones y fortalecer la objetividad en su análisis. Así mismo, luego de realizado el análisis a través de cada una de las diferentes matrices, se puede concluir que hay viabilidad en cuanto a las capacidades institucionales de la DIRIS Lima Norte para desarrollar institucionalmente cada uno de los Productos Propuestos.

Tras haber acabado el análisis de la metodología SADCI, no se encontraron DCI menor a 3, aspecto que garantiza la realización de las actividades y la viabilidad de los productos; es por ello que no se requiere Plan de Contingencia.

6.2.2. Método MACTOR.

Según el método MACTOR (método, actores, objetivos, resultados), realizaremos la construcción del cuadro de estrategia de actores a través de las siguientes fases:

Fase 1: Identificación de los actores que controlan o influyen en los productos

Tabla 35

Registro de Actores que controlan en la DIRIS Lima Norte

Actores	
Dirección de Redes Integradas Lima Norte	
Nombres	Funciones según el MOF
Dirección General	Es el órgano de más alto nivel de la Dirección de Redes Integradas en Salud Lima Norte, que dirige y supervisa el funcionamiento de la organización.
Órgano de Control Institucional	Es el encargado de llevar a cabo el control gubernamental en la Dirección de Redes Integradas Lima Norte, de conformidad de las normas del Sistema Nacional de Control, promoviendo la correcta y transparente gestión de recursos y bienes de la entidad, cautelando la legalidad y eficiencia de sus actos y operaciones.
Dirección Administrativa	Es el encargado de desarrollar los procesos técnicos de los sistemas administrativos de Planeamiento Estratégico, Presupuesto Público, Gestión de Recursos Humanos, Abastecimiento, Tesorería, Contabilidad, Inversión Pública y Modernización de la Gestión Pública.
Dirección de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria	Es el órgano encargado de realizar las actividades relacionadas a salud ambiental e inocuidad alimentaria, en coordinación con la Alta Dirección del Ministerio de Salud.
Dirección de Medicamentos, insumos y drogas	Es el órgano encargado de realizar las actividades relacionadas a los productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos, en coordinación con la Dirección General de medicamentos, insumos y drogas y la Alta Dirección del Ministerio de Salud.
Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	Es el órgano encargado de realizar las actividades relacionadas a Salud Pública, intervenciones Sanitarias, Prestaciones, Emergencias, Desastres y Docencia e Investigación.

Actores	
Dirección de Redes Integradas Lima Norte	
Nombres	Funciones según el MOF
Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención	Los establecimientos de salud por primer nivel de atención brindan la atención oportuna y adecuada de las prestaciones de los usuarios, salud pública e intervenciones sanitarias, emergencias y desastres, docencia e investigación, fortalecer capacidad resolutive centrada en el usuario.

Fuente: Elaboración propia

Fase 2: Conocer el grado de influencia – Dependencia de actores:

Tabla 36

Registro de Actores de influencia y dependencia de la DIRIS Lima Norte.

Actores	
	<u>Actores de Enlace</u>
<u>Actores Dominantes</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria • Dirección de Medicamentos, Insumos y drogas • Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria. • Jefe Dpto. Logística
<ul style="list-style-type: none"> • Gerente General • Dirección General 	<u>Actores Dominados</u>
<u>Actores Autónomos</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos de Salud del Primer nivel de Atención • Hospitales • Profesional de Salud • Profesional de Operaciones y Almacenamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Órgano de Control • Dirección Administrativa • Área de coordinación Intersectorial y Social 	

Fuente: Elaboración propia

Fase 3. Identificar los retos estratégicos y los objetivos asociados y posicionar a cada actor con respecto a cada objetivo (matriz Mao)

Tabla 37

Registro de Matriz MAO de la DIRIS Lima Norte

Actores					
Dirección de Redes Integradas Lima Norte					
Nombres	P1	P2	P3	P4	P5
Dirección General	+	+	+	+	+
Órgano de Control Institucional	+	0	+	0	+
Dirección Administrativa	+	0	+	+	+
Dirección de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria	+	+	+	+	+
Dirección de Medicamentos, insumos y drogas	+	+	+	+	+

Actores					
Dirección de Redes Integradas Lima Norte					
Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	+	+	+	+	+
Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención	+	+	+	+	+

Fuente: Elaboración propia

Fase 4: Reconocer las convergencias / divergencias (posiciones simples)

Tabla 38

Registro de las convergencias y divergencias de la DIRIS Lima Norte.

Convergencias	Divergencias
<p><i>- La Rehabilitación con enfoque de base Comunitaria</i> No solo se crea una necesidad de protección a la población vulnerable contra el riesgo de discapacidad y enfermedad, sino que además se brinda a los medios para llegar a dicha protección. Al mismo tiempo, el incremento de la población es la gran demanda para las entidades de salud, caso especial lo es para la DIRIS Lima Norte que contiene 9 distritos de población con alta demanda y una gran extensión de la cobertura en salud a medida que se va implementando una atención primaria en cada centro de salud, con una gran afectación de la calidad de vida e integración social de la persona con discapacidad.</p>	<p><i>- Atención médica oportuna a personas con discapacidad de la DIRIS Lima Norte</i> El hecho que exista una red de establecimientos de salud particulares cuando se inicia un programa público parece ser un factor clave en la divergencia de las prestaciones y las vías de intervención estatal. Cuando se dispone de estos recursos en cantidad suficiente, se observa la divergencia del Estado a restringirse solo a financiamiento. En cuanto a la cobertura de la población, se puede decir que cuanto mayor sea la disponibilidad de recursos privados, más rápidamente aumentará la cobertura.</p>
<p><i>- La economía mediante PPR</i> Hoy en día contamos con el respaldo del Presupuesto por Resultados que contribuye de manera significativa con la mejora en calidad, y además permite que el gasto público se distribuya equitativamente a favor del Estado, otorgando un presupuesto anual a las Dirección de Redes Integradas de Salud – DIRIS Lima Norte. Las cuales ayudan y contribuyen en la operatividad, gestiona y articula los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, conformando la Red Integrada de Salud, la cual incluye a los hospitales y los establecimientos de salud de primer nivel de atención.</p>	<p><i>- Sistema de representación de intereses</i> La atención primaria en la salud se ha hecho en objeto de demandas políticas, negociaciones colectivas, programas de intereses políticos e individualistas y presiones de grupo. Las formas de prestación de atención a la salud que han surgido de la sinergia de estas fuerzas han sido moldeadas por acuerdos institucionales que los grupos organizados de la sociedad civil usan para distribuir sus intereses con el Estado. Puesto que esos arreglos difieren de un país a otro, su principal efecto ha sido un aporte a la divergencia entre las modalidades y</p>

Convergencias	Divergencias
	las vías de intervención del Estado en la atención médica.
<p>- <i>Entidades Publicas</i> En toda sociedad y estado, es menester resaltar la importancia de la convergencia de esta, para poder llegar a mejorar las políticas públicas. Por esta razón la DIRIS Lima Norte como entidad pública ha previsto la activa participación de los Estados en la organización, el financiamiento y la prestación de los servicios básicos de salud a sus propios distritos cumpliendo en enfoque de aceptación de “<i>Salud como un Derecho</i>”.</p>	<p>- <i>Normas de legitimidad de los auspicios y la propiedad</i> El ministerio de salud nos brinda una visión divergente con lo que precisa a la determinación de quiénes puede tener, manejar o emplear legalmente los recursos necesarios para producir servicios de atención primaria y pueden manifestarse en las distintas modalidades de intervención estatal en la atención de salud, particularmente en el grado de control del estado directamente. Por lo cual, una gran parte de la diferencia, según los autores, podría atribuírsele a las divergencias a esas normas.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Estos formularios han sido validados para nuestra investigación con la colaboración del Dr. José Bernable, asesor externo de la Dirección General DIRIS Lima Norte, a efectos de fortalecer la objetividad en su análisis.

Así mismo, luego de realizado el análisis descrito en la matriz Identificar los retos estratégicos y los objetivos asociados y posicionar a cada actor con respecto a cada objetivo, se puede concluir que hay viabilidad de los principales actores para desarrollar institucionalmente cada uno de los Productos Propuestos.

6.3. Análisis de Viabilidad según evaluación estratégico-gerencial:

A continuación, detallaremos la evaluación estratégica- gerencial de nuestra investigación basándonos en una propuesta de implementación para la DIRIS Lima Norte.

6.3.1. Generación de Valor Público.

En este ítem, podemos observar que el sector público genera el valor, cuando el ciudadano obtiene la resolución de un problema público que aqueja al conjunto, además se puede identificar, basándonos en la propuesta de Trefogli Wong (2013) acciones que deben cumplirse en

el proceso de creación de valor público dirigido hacia en el sector salud de la DIRIS Lima Norte:

Tabla 39

Registro de la identificación del Valor Público en nuestra investigación.

Identificación del problema público: Se evidencia una gran demanda de pacientes con discapacidad, cuyo problema público es una atención médica oportuna, que pueda cubrir el acceso y coberturas dentro de su jurisdicción, atendidas y acompañadas por el personal de salud, su familia y comunidad.
Alternativa de solución que se utilizará para resolver el problema público identificado: Cabe recalcar que la DIRIS Lima Norte cuenta con Plan Operativo Institucional 2020 y el Plan Piloto de Mejoramiento para personas con Discapacidad 2019, la cual impulsa y es respaldada por el Presupuesto por resultado.
La implementación de la intervención pública: Nuestro proyecto de investigación tiene como propósito es disminuir la afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado, a través del manejo de la Rehabilitación con Base en la Comunidad, en pacientes pertenecientes a la DIRIS Lima Norte con cinco propuestas innovadoras a través de productos que servirán de respuesta a las necesidades de la Institución, pacientes y comunidad.
La evaluación los resultados de la intervención: Esta propuesta servirá para aun mayor control en gestión, manejo de recursos y monitoreo continua de los avances en la atención primaria en salud, logrando concientizar a la población e inclusión social para las personas que presentan discapacidad, facilitando la igualdad de oportunidades para todos, que incluye la percepción de los usuarios de los servicios públicos, pero principalmente la de los ciudadanos y sus representantes políticos, con respecto a la atención de sus demandas.
Fuente: Elaboración propia.

6.3.2. Evaluación estratégica.

Se tomará en cuenta que nuestra investigación es una propuesta de implementación ante una necesidad de la Institución, por lo cual se brinda las estrategias planteadas, las cuales serán monitoreadas y evaluadas periódicamente por la DIRIS Lima Norte:

Tabla 40

Registro de evaluación estratégica de nuestra investigación.

Cod. del Producto	Descripción del producto	Estrategia de Implementación	Evaluación Anual		
			1°	2°	3°
P01	Optimizar la dispensarización de personas	Crear un sistema de inscripción de virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con	X	X	

Cod. del Producto	Descripción del producto	Estrategia de Implementación	Evaluación Anual		
			1°	2°	3°
	deficiencias y discapacidades.	deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales, logrando el acceso y cobertura para toda la jurisdicción de Lima Norte.			
P02	Aumentar la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades.	Constituir un equipo multidisciplinario especializado móvil, para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria, se logra esta cadena de atención fluida e interconectada.		X	X
P03	Elevar el nivel de conocimiento del paciente, cuidadores y familiares en el manejo del discapacitado	Elevar el nivel de Educación para la Salud en la población asignada a su cargo, es por ello que se hace necesario gestar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.	X	X	
P04	Reducir las limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud.	Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil, permite el fortalecimiento del sistema de consultas con el uso de la Tecnología de Informática y Comunicaciones (TIC) que contempla la implementación de Módulos de Teleconsulta, Teleinterconsulta y teleapoyo al diagnóstico.		X	X
P05	Mejorar la relación personal sanitario-paciente-familia-comunidad.	Se realizará el trabajo mancomunado que se basa en la propuesta de ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario, enfocado en la aceptación e integración social de la persona con discapacidad en la comunidad.	X	X	X

Fuente: Elaboración propia

Capítulo VII

Monitoreo y Evaluación

7.1. Monitoreo

El monitoreo, se trata de una: herramienta de verificación periódica del desarrollo del trabajo planeado para identificar las causas de incumplimiento de metas y tomar las medidas correctivas correspondientes. (Organización Panamericana de la Salud, 2006)

En la presente investigación operativa será realizado de manera periódica a las actividades programadas en cada uno de los Productos propuestos. En esta investigación se propone el monitoreo de todas las actividades respecto de los cuatro productos que se han presentado.

La finalidad es garantizar que cada una de estas actividades se concrete y de presentarse algún nudo crítico, tratar de resolverlo inmediatamente.

La Periodicidad del Monitoreo será mensual, generándose reportes de consolidados trimestrales, con los cuales se tomen de ser el caso acciones correctiva inmediatas.

La programación de las actividades de monitoreo se presenta en la siguiente tabla:

Cronograma de Monitoreo

Tabla 41

Cronograma de Monitoreo de actividades del proyecto de investigación.

Productos	Actividades	1				2				3			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.	1.01 Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual	■											
	1.02 Creación de Instructivo de llenado de cuestionario		■										
	1.03 Validación del cuestionario		■										
	1.04 Creación del registro virtual		■	■									
	1.05 Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios			■	■								
	1.06 Uso del cuestionario como Registro.			■	■								
	1.07 Difusión del uso del registro				■	■							
	1.08 Inclusión en el POI de la institución	■	■										
	1.09 Evaluación y control.				■	■							
Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria	2.01 Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.	■	■										
	2.02 Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar	■	■										
	2.03 Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.	■	■										
	2.04 Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.	■	■										
	2.05 Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud		■	■									
	2.06 Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.			■	■								

Productos	Actividades	1				2				3				
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	
Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.	2.07 Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.				■	■								
	2.08 Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.			■	■	■								
	2.09 Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.				■	■								
	2.10 Adquisición de logística necesaria para actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención.			■	■	■								
	2.11 Actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención			■	■	■								
	2.12 Cumplimiento de las actividades y funciones designadas.			■	■	■								
	2.13 Inclusión en el POI de la Institución.	■	■											
	2.14 Evaluación y control				■	■								
	3.01 Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.	■	■											
	3.02 Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.		■	■										
	3.03 Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva			■	■	■								
	3.04 Inclusión en el POI de la institución.	■	■											
	3.05 Evaluación y control				■	■								

Productos	Actividades	1				2				3			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	4.01 Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil	■	■										
	4.02 Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.		■	■									
	4.03 Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil		■	■									
	4.04 Adquisición logística necesaria			■	■								
	4.05 Implementación de los módulos.				■	■							
	4.06 Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos				■	■							
	4.07 Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.				■	■							
	4.08 Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad.				■	■							
	4.09 Inclusión en el POI de la Institución.	■	■										
	4.10 Evaluación y control.					■	■						
Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario	5.01 Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	■	■										

Productos	Actividades	1				2				3			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
	5.02 Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.		■	■									
	5.03 Capacitación al personal de salud sobre el programa			■	■								
	5.04 Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.			■	■								
	5.05 Inclusión en el POI de la Institución	■	■										
	5.06 Evaluación y control					■	■						

Fuente: Elaboración propia.

LEYENDA

■	Inicio de Monitoreo
■	Continuación de Monitoreo

7.2. Desarrollo de Indicadores para Monitoreo

Tabla 42

Indicadores de monitoreo de nuestro proyecto de investigación.

N°	Productos	Indicador De Monitoreo
1	Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación, validación y puesta en funcionamiento del registro virtual de personas con discapacidad. • Número de capacitaciones realizadas a personal de salud y agentes comunitarios sobre el correcto llenado del registro trimestralmente. • Número de actividades de difusión del registro virtual de personas con discapacidad trimestralmente. • Inclusión de la meta en el POI
2	Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Adjudicación de plazas y contratación del personal de salud que conformará el equipo multidisciplinario. • Número de personas atendidas por el equipo multidisciplinario en el primer nivel de atención. • Número de personas con discapacidad severa atendida en su domicilio por el equipo multidisciplinario. • Capacitaciones realizadas al equipo básico de salud por el equipo multidisciplinario sobre seguimiento y monitoreo realizadas a las personas con discapacidad. • Cumplimiento de las actividades trimestrales de seguimiento y monitoreo realizadas a las personas con discapacidad por el equipo básico de salud. • Inclusión de la meta en el POI
3	Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Validación y aprobación del plan de capacitaciones. • Número de capacitaciones trimestrales sobre técnicas pedagógicas y estrategias de comunicación asertiva realizadas al personal de salud. • Número de capacitaciones trimestrales realizadas a los pacientes, así como a familiares y cuidadores utilizando pedagógicas y estrategias de comunicación asertiva. • Inclusión de la meta en el POI
4	Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de módulos de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil implementados trimestralmente. • Número de capacitaciones trimestrales realizadas a los trabajadores del primer nivel de atención y el equipo multidisciplinario sobre uso de las TIC y el sistema de telemedicina. • Número de teleconsultas realizadas por trimestre. • Número de teleinterconsultas realizadas por trimestre. • Número de teleapoyo al diagnóstico realizados por trimestre. • Número de situaciones y eventos adversos presentados durante las teleconsultas,

	teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico trimestralmente.
	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de la meta en el POI
5	<p>Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validación y aprobación del plan de capacitaciones. • Número de capacitaciones trimestrales realizadas al personal de salud. • Número de capacitaciones trimestrales realizadas a los pacientes como familiares y cuidadores. • Inclusión de la meta en el POI

Fuente: Elaboración propia

7.3. Evaluación

La Evaluación es definida por la OPS, como el conjunto de procedimientos periódicos que se realizan para examinar la evolución y desempeño de un programa, así como evaluar el cumplimiento efectivo de sus metas e impacto resultante. (OPS, 2006).

La Evaluación se realizará a través de los indicadores de logro de los productos establecidos de la Investigación Aplicada.

Tendrá como insumo la ejecución de las actividades y el logro de metas establecidas en cada uno de los años establecidos.

Se sugiere utilizar indicadores de Resultado.

La periodicidad será semestral y generará reportes semestrales que servirán para la toma de decisiones.

Se propone el siguiente cronograma de realización de evaluaciones para cada uno de los productos propuestos.

Cronograma de Evaluación

Tabla 43

Registro de evaluación de nuestro proyecto de investigación.

Productos	Evaluación/Indicadores	1				2				3			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
<p>Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.</p> <p>Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria</p>	Número de personas con discapacidad inscrita.												
	Número de personas con discapacidad inscrita correctamente.												
	Número de personas con discapacidad inscritas según tipo de discapacidad												
	Número de personas con discapacidad por Redes Integradas de Salud (RIS) de la DIRIS Lima Norte.												
	Número de personas con discapacidad por establecimiento de salud del primer nivel de atención.												
	Número de personas con discapacidad inscritas con seguimiento integral anual en el primer nivel de atención												
	Número de personas con discapacidad inscritas con seguimiento integral anual en el primer nivel de atención												
	Evaluación de producción y logros del equipo multidisciplinario.												
	Número de equipos básicos de salud capacitados por el equipo multidisciplinario sobre seguimiento y monitoreo realizadas a las personas con discapacidad.												
	Cumplimiento de las actividades anuales de seguimiento y monitoreo realizadas a las personas con discapacidad por el equipo básico de salud.												

Productos	Evaluación/Indicadores	1				2				3			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.	Número de personas con discapacidad controladas anualmente por el equipo multidisciplinario y el equipo básico en el primer nivel de atención.												
	Número de capacitaciones anuales sobre técnicas pedagógicas y estrategias de comunicación asertiva realizadas al personal de salud.												
	Número de capacitaciones anuales realizadas a los pacientes así como a familiares y cuidadores utilizando estrategias pedagógicas y de comunicación asertiva												
	Número de módulos de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil implementados anualmente.												
Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	Número de capacitaciones anuales realizadas a los trabajadores del primer nivel de atención y el equipo multidisciplinario sobre uso de las TIC y el sistema de telemedicina.												
	Número de teleconsultas realizadas al año.												
	Número de teleinterconsultas realizadas al año.												
	Número de teleapoyo al diagnóstico realizados por al año.												
	Número de situaciones y eventos adversos presentados durante las teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico anualmente.												
	Número de capacitaciones anuales realizadas al personal de salud.												

Productos	Evaluación/Indicadores	1				2				3			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario	Número de capacitaciones anuales realizadas a los pacientes.												
	Número de capacitaciones anuales realizadas a los familiares y cuidadores.												
	Número de capacitaciones anuales realizadas instituciones educativas.												
	Número de capacitaciones anuales realizadas instituciones educativas en las áreas de servicio social de las Municipalidades y las que hagan sus veces.												

Fuente: Elaboración propia

LEYENDA:

	Inicio de Evaluación
	Continuación evaluación

7.4. Desarrollo de Indicadores para Evaluación.

Tabla 44

Registro de indicadores para la evaluación de nuestro proyecto de investigación

N°	Productos	Indicador de Evaluación
1	Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de personas con discapacidad inscrita. • Número de personas con discapacidad inscrita correctamente. • Número de personas con discapacidad inscritas según tipo de discapacidad • Número de personas con discapacidad por Redes Integradas de Salud (RIS) de la DIRIS Lima Norte. • Número de personas con discapacidad por establecimiento de salud del primer nivel de atención. • Número de personas con discapacidad inscritas con seguimiento integral anual en el primer nivel de atención. • Número de personas con discapacidad inscritas con seguimiento integral anual en el primer nivel de atención.
2	Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de producción y logros del equipo multidisciplinario. • Número de equipos básicos de salud capacitados por el equipo multidisciplinario sobre seguimiento y monitoreo realizadas a las personas con discapacidad. • Cumplimiento de las actividades anuales de seguimiento y monitoreo realizadas a las personas con discapacidad por el equipo básico de salud. • Número de personas con discapacidad controladas anualmente por el equipo multidisciplinario y el equipo básico en el primer nivel de atención.
3	Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de capacitaciones anuales sobre técnicas pedagógicas y estrategias de comunicación asertiva realizadas al personal de salud. • Número de capacitaciones anuales realizadas a los pacientes así como a familiares y cuidadores utilizando pedagógicas y estrategias de comunicación asertiva.
4	Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de módulos de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil implementados anualmente.

N°	Productos	Indicador de Evaluación
5	Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Número de capacitaciones anuales realizadas a los trabajadores del primer nivel de atención y el equipo multidisciplinario sobre uso de las TIC y el sistema de telemedicina. • Número de teleconsultas realizadas al año. • Número de teleinterconsultas realizadas al año. • Número de teleapoyo al diagnóstico realizados por al año. • Número de situaciones y eventos adversos presentados durante las teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico anualmente. • Número de capacitaciones anuales realizadas al personal de salud. • Número de capacitaciones anuales realizadas a los pacientes como familiares y cuidadores.

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

Del análisis realizado se puede concluir que:

1. Ninguna persona está exenta de sufrir algún tipo de discapacidad, pero a pesar de esta alta probabilidad, no existe un panorama de protección, respeto e inclusión por el discapacitado. Esta situación va desde un pobremente conocido y aplicado marco normativo nacional hasta el desamparo en políticas públicas eficientes, innovadoras y centradas en las necesidades de la persona con discapacidad, sus cuidadores y familiares. Esto se traduce en la repetición de ciclos de enfermedad, pobreza y desintegración social tanto para el individuo como para su entorno más cercano. La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), en el Marco de la Atención Primaria de Salud (APS) es promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las estrategias más efectivas para el manejo de estas personas vulnerables, a través del trabajo interrelacionado desde diferentes enfoques, lo que posibilita una mayor integración del individuo en su comunidad e involucramiento de la comunidad en el cuidado de la salud de sus pobladores y por ende una mejor calidad de vida en la comunidad.
2. La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, comprende una vasta extensión geográfica y se encuentra a cargo de una amplia población con un elevado de número de discapacitados. A pesar de que se han programado en el Plan Operativo Institucional 2020, actividades de RBC que responden al Programa de Presupuesto por Resultados 129 del MINSA, no constituyen una completa y bien formulada estrategia de RBC en el país puesto que no se contemplan las más importantes áreas propuestas por la OMS. Estas son: Salud, Educación, Subsistencia, Social y Fortalecimiento. Dentro de la estrategia de Salud se proponen las aristas Promoción, Prevención, Atención Médica, Rehabilitación y Dispositivos de asistencia, más en el PPR solo contempla con los Servicios de promoción de salud, atención de rehabilitación en establecimientos de salud, certificación en establecimientos de salud y servicios de rehabilitación basada en la comunidad, los cuales además,

cuentan con unidad de medida limitada, a su vez éstas deben ser adecuadas e implementadas en la DIRIS Lima Norte, ya que estas no se evidencian en el POI.

3. En el país no se cuenta con un sistema de registro para las personas con deficiencias y discapacidades, lo que dificulta la localización y trabajo articulado por parte del equipo básico de atención primaria de salud con otras instituciones y la comunidad. Por este motivo, en la presente investigación se ha planteado como objetivo específico optimizar la dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades. Para ello se ha propuesto como solución la creación de un Sistema de inscripción virtual y/o físico para obtener una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales, lo cual mejoraría la planificación de tratamientos personalizados basados en las especificidades de cada paciente y permitiría la creación de nuevos planes y estrategias, habiéndose determinado con exactitud la magnitud del problema.
4. Generalmente, las personas con discapacidad demandan más atenciones en salud, pero la oferta que se realiza específicamente para ellas, a fin de tratar sus enfermedades de base y prevenir las secundarias, es ínfima. Esto trae como consecuencia grandes dificultades de acceso a estos servicios, lo que unido al trabajo descoordinado entre los distintos niveles de atención, imposibilitan un tratamiento personalizado y enfocado en los factores que influyen en cada paciente. Es por ello que se hace prioritario aumentar la accesibilidad a los servicios de salud a las personas con deficiencias y discapacidades. En nuestra investigación se ofrece como solución el constituir un equipo multidisciplinario especializado móvil, con lo que se lograría la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria, constituyendo una cadena de vigilancia epidemiológica fluida e interconectada.
5. Los niveles de educación y compromiso para la salud del paciente, cuidador y familiar del discapacitado, determinan en gran medida, la consecución y el mantenimiento de su más alto nivel posible de salud. El personal sanitario,

sobre todo en el primer nivel de atención, juega un rol fundamental en ello; es por esto que en esta investigación se propone la gestación de un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, enfocado en este grupo objetivo, para aumentar sus conocimientos en salud y con ello, hacer más efectivas y aplicables las estrategias preventivo-promocionales centradas en la preservación de la salud como su máxima premisa.

6. La baja oferta de servicios de salud, unido a problemas para la movilización y traslado, así las como dificultades económicas, hacen que los pacientes que sufren alguna discapacidad tengan limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud, por tanto, no reciben tratamiento adecuado y un seguimiento continuo, sobre todo en lo que se refiere a la atención médica especializada. Esto contribuye a aumentar la carga de enfermedad y con ello mayor pobreza y desinserción social, repercutiendo tanto en lo personal como en su entorno familiar y comunitario. Frente a esto se propone en esta investigación: implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil, permitiendo con el uso de la Tecnología de Informática y Comunicaciones (TIC), a través de la implementación de Módulos de Teleconsulta, Teleinterconsulta y teleapoyo al diagnóstico. Con esto se lograría trabajar interrelacionadamente y en coordinación con los tres niveles de atención de salud y el equipo itinerante. Además, permite el manejo de las personas con discapacidad desde un enfoque multidisciplinario y facilita el acceso a los pacientes a servicios especializados de salud.
7. La mayoría de las políticas de salud públicas fracasa debido a las debilidades en la relación personal sanitario- paciente-familia- comunidad. Para el manejo de la discapacidad desde un enfoque de atención primaria de salud, utilizando una estrategia de RBC, se necesita indiscutiblemente del trabajo multisectorial, pero en este contexto, el papel fundamental recae en la relación existente entre el personal sanitario- paciente-familia- comunidad. En el fortalecimiento de esta relación imperiosa de trabajo mancomunado se basa

nuestra propuesta de ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, el cuidador, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario, enfocado en la aceptación e integración social de la persona con discapacidad en la comunidad enfocada en la DIRIS Lima Norte.

Recomendaciones

En concordancia con las conclusiones arribadas en nuestra investigación, se tienen a bien efectuar las siguientes:

1. Con relación a la conclusión 1:
Se recomienda: Diseñar una estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad que incluya las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, como parte del fortalecimiento del primer nivel de atención y el trabajo intersectorial.
2. Con relación a la conclusión 2:
Se recomienda: Reformular el Plan Operativo Institucional 2021 donde se contemplen más y mejor articuladas y definidas actividades en beneficio de las personas discapacitadas.
3. Con relación a la conclusión 3:
Se recomienda: el desarrollo de un sistema de registro virtual para las personas con deficiencias y discapacidades, a través del trabajo articulado entre los Ministerios de Salud y de Desarrollo e Inclusión Social, o quien haga sus veces a nivel local y en la jurisdicción de la DIRIS Lima Norte.
4. Con relación a la conclusión 4:
Se recomienda: El aumento de la oferta de servicios de rehabilitación y rehabilitación basada en la comunidad, como parte del trabajo articulado entre los distintos niveles de atención de salud. Por otro lado, la ampliación de proyectos de inversiones para infraestructura y equipamiento para Rehabilitación y Rehabilitación en la Comunidad.
5. Con relación a la conclusión 5:
Se recomienda: el acercamiento de capacitaciones, que brinden herramientas pedagógicas y de comunicación asertiva, dirigidas al personal sanitario como

parte de su formación para ser embajadores de salud en los distintos escenarios en los que se desenvuelvan, siendo encargados de la promoción de estilos de vida saludables como su máxima premisa.

6. Con relación a la conclusión 6:

Se recomienda: el desarrollo de Software de gestión en salud y de Telemedicina, adaptados a las características heterogéneas y desafiantes de los distritos asignados, para el manejo de casos desde un enfoque multidisciplinario, facilitar el acceso a los pacientes a servicios especializados de salud y el seguimiento por parte del equipo de salud del primer nivel de atención; y también para disminuir los costos que se generan al paciente. Por otro lado, se insta a la firma de convenios con universidades para la crear y patentar la creación de elementos de asistencia a las personas con discapacidad.

7. Con relación a la conclusión 7:

Se recomienda: la adopción del tipo de Medicina Familiar Comunitaria en el Primer Nivel de Atención para conseguir la transformación del sistema de salud, de un modelo curativo a uno preventivo promocional que refuerce la relación entre el personal sanitario- paciente-familia- comunidad, y promueva el equilibrio y la armonía de todas sus partes.

8. Con relación al Entorno Intermedio:

Se recomienda contratar personal para cerrar la brecha de recursos humanos en salud en el primer nivel de atención de salud. A la vez, fomentar un sistema de capacitaciones por parte de los profesionales de la salud del segundo y tercer nivel de atención, que posibiliten y seguimiento y control del paciente interrelacionando todos los niveles. Por último, crear convenios entre las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED) y las Redes Integradas de Salud.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez Sintés, R., Báster Moro, J. C., Hernández Cabrera, G., & García Núñez, R. D. (2014). *Medicina General Integral. Salud y Medicina*. (Tercera edición ed., Vol. I). La Habana, Cuba: Ciencias Médicas. Recuperado el 22 de diciembre de 2020
- Asamblea Constituyente. (1993). *Constitución Política del Perú*. Recuperado el 26 de octubre de 2020, de Congreso de la República: <https://www.gob.pe/institucion/presidencia/informes-publicaciones/196158-constitucion-politica-del-peru>
- Burgos Moraga, D. E. (2016). *Planificación Estratégica para el Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de la Comuna de Padre las Casas, Región Araucanía*. Santiago de Chile. Recuperado el 30 de septiembre de 2020, de http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/497/Tesis_%20Danner%20Burgos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Calle Carrasco, A., Rolack, S., Anguita Mackay, V., & Campillay Campillay, M. (2019). Perspectiva ética de la rehabilitación basada en la comunidad en el contexto chileno. *Revista de Bioética y Derecho*(46), 187. Recuperado el 18 de septiembre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000200012
- Carletti, D. C. (13 de noviembre de 2015). *XX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Recuperado el 20 de septiembre de 2020, de La Rehabilitación Basada en la Comunidad como herramienta de apropiación de: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/17235FC633A247E90525803600619DDE/\\$FILE/carledan.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/17235FC633A247E90525803600619DDE/$FILE/carledan.pdf)
- Ciencia De la Cruz, E., & Damian Condor, N. (2015). *"Condiciones Sociales Y Económicas De Las Personas Con Discapacidad Que Laboran En Las Instituciones Públicas Y Privadas De La Provincia De Huancayo- 2015"*. Huancayo, Perú. Recuperado el 21 de octubre de 2020, de

<https://docplayer.es/94655813-Universidad-nacional-del-centro-del-peru-facultad-de-trabajo-social-tesis.html>

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud . (6 - 12 de Setiembre de 1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata, URSS*. Obtenido de World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>

Congreso de la República. (14 de enero de 2016). *Jueves 14 de enero de 2016 /*. Recuperado el 26 de octubre de 2020, de Diario Oficial El Peruano: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-que-modifica-el-articulo-20-de-la-ley-29973-ley-general-ley-n-30412-1333663-1>

Congreso de la República Ley 28735. (18 de mayo de 2006). *Ley 28735 Ley que regula la atención de las personas con discapacidad, mujeres embarazadas y adultos mayores en los aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, ferroviarios, marítimos, y fluviales y medios de transporte.* . Recuperado el 15 de octubre de 2020, de Congreso de la República: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/28735.pdf>

Congreso de la República Ley 29973. (6 de abril de 2012). *Ley de la Persona con Discapacidad*. *El Peruano*, pág. 482001. Recuperado el 26 de octubre de 2020, de <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29973.pdf>

Congreso de la República Ley N° 30669. (2017 de Octubre de 2017). *Ley N° 30669 - Ley que promueve el acceso y cobertura de las personas con discapacidad a las tecnologías de apoyo, dispositivos y ayudas compensatorias*. *EL PERUANO*, pág. 3. Recuperado el 2 de octubre de 2020, de https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/ADLP/Normas_Legales/30669-LEY.pdf

Congreso de la República Ley N° 28530. (29 de abril de 2005). *Ley N° 28530, Ley de promoción de acceso a Internet para personas con discapacidad y de adecuación del espacio físico en cabinas públicas de Internet*. Recuperado el 2010 de octubre de 2020, de Congreso de la República: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/105116/_28530_-_05-11-2012_05_40_51_-LEY-28530.pdf

Congreso de la República Ley 30412 . (14 de enero de 2016). *Ley 30412 Ley que modifica el artículo 20 de la ley 29973, Ley general de la persona con*

discapacidad. Recuperado el 26 de octubre de 2020, de Diario Oficial El Peruano: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-que-modifica-el-articulo-20-de-la-ley-29973-ley-general-ley-n-30412-1333663-1>

Congreso de la República, Ley N° 29698. (4 de junio de 2011). *Ley N° 29698 Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el tratamiento de personas que padecen enfermedades raras o huérfanas*. Recuperado el 11 de octubre de 2020, de Ministerio de Salud: https://www.minsa.gob.pe/erh/documentos/Ley_29698.pdf

Congreso de la República, Ley N° 29889. (24 de junio de 2012). *Ley N° 29889 Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud*. Recuperado el 13 de octubre de 2020, de Congreso de la República: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29889.pdf>

Congreso de la República, Ley N° 29992. (06 de febrero de 2013). *Ley N° 29992 Ley que modifica la Ley 26644, estableciendo la extensión del descanso postnatal para los casos de nacimiento de niños con discapacidad*. . Recuperado el 11 de octubre de 2020, de Diario Oficial El Peruano: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-modifica-la-ley-26644-estableciendo-la-extension-de-ley-n-29992-899065-1/>

Congreso de la República, Ley N° 30012. (31 de mayo de 2017). *Ley N° 30012, Ley que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedades en estado grave o terminal o sufran accidente grave*. Recuperado el 11 de octubre de 2020, de Diario Oficial El Peruano: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-reglamento-de-la-ley-n-30012-ley-que-concede-el-d-decreto-supremo-n-008-2017-tr-1527079-2>

Congreso de la República, Ley N° 30020. (13 de mayo de 2013). *Ley N° 30020 - Ley que crea el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Recuperado el 15 de octubre de 2020, de Diario Oficial El Peruano: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-crea-el-plan-nacional-para-la-enfermedad-de-alzheim-ley-n-30020-936140-3/#:~:text=LEY%20N%C2%B0%2030020%20%2D%20Norma%20Legal%20Diario%20Oficial%20El%20Peruano&text=General%20de%20Expropiaciones.&text=>

Congreso de la República, Ley N° 30119. (06 de agosto de 2017). *Ley N° 30119, Ley que concede el derecho de Licencia la trabajador de la actividad pública y privada para la asistencia médica y la terapia de Rehabilitación de personas con discapacidad.* Recuperado el 11 de octubre de 2020, de Diraió Oficial El Peruano: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-concede-el-derecho-de-licencia-al-trabajador-de-la-a-ley-n-30119-1022612-3/>

Congreso de la República, Ley N° 30119. (06 de agosto de 2017). *Ley N° 30119, Ley que concede el derecho de Licencia la trabajador de la actividad pública y privada para la asistencia médica y la terapia de Rehabilitación de personas con discapacidad.* Recuperado el 11 de octubre de 2020, de Diraió Oficial El Peruano: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-concede-el-derecho-de-licencia-al-trabajador-de-la-a-ley-n-30119-1022612-3/>

DIRIS LIMA NORTE. (12 de febrero de 2010). *Manual de Organización y Funciones MOF, DIRIS Lima Norte.* Recuperado el 27 de octubre de 2020, de Plataforma digital única del Estado peruano.: https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13151/PLAN_13151_MOF_2010_DIRECCION_DE_RED_DE_SALUD_LIMA_NORTE_IV_2011.pdf

DIRIS Lima Norte. (01 de abril de 2019). *RD N°252-2019-MINSA/DIRIS.LN/1.* Recuperado el 20 de octubre de 2020, de DIRIS Lima Norte: <http://www.dirislimanorte.gob.pe/wp-content/uploads/2019/05/RD20190252.pdf>

Díaz-Aristizaball, U., Sanz-Victoria, S., Sahonero-Daza, M., Ledesma-Ocampo, S., Cachimuel Vinuesa, M., & Torrico, M. (2012). Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia. *Scielo. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.1Jan. , 17.* Recuperado el 19 de septiembre de 2020, de Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100019

Gilbert Escorsa, A., & Vilaregut Pigdesens, A. (2015). *La calidad de vida relacionada con la salud de los niños con parálisis cerebral infantil: grado de acuerdo entre hijos y padres.* Barcelona: Barcelona. Obtenido de

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/353862/Tesi_Anna_Gilabert.pdf?sequence=1

Grech, S. (2015). *Rehabilitacion Basada en la Comunidad RBC. Perspectivas Críticas desde Latinoamérica*. Recuperado el 23 de octubre de 2020, de Global Disability: http://globaldisability.org/wp-content/uploads/2016/06/Grech_RBC_reporte_CBM_2015Spanish.pdf

Henriques, A. (2004). *La sanología: Paradigma alternativo*. La Habana, Cuba. Recuperado el 04 de febrero de 2021, de <https://www.yumpu.com/es/document/read/15986001/sanologia-universidad-de-la-habana>

Instituto de Estadística e Informática (INEI). (2017). *Perfil Sociodemográfico de la Población con Discapacidad*. Recuperado el 25 de octubre de 2020, de Instituto de Estadística e Informática (INEI): https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1675/

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. (2015). *Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI*. Recuperado el 15 de septiembre de 2020, de Perú. Características de la población con discapacidad: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1209/Libro.pdf

Inquilla Mamani, J. (junio de 2015). Discapacidad, pobreza y desigualdad social en Puno: un tema multidimensional y multifactorial desde la perspectiva sociológica - Perú. *Comunicación Scielo*, 6(1), 28. Recuperado el 4 de octubre de 2020, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/comunica/v6n1/a03v6n1.pdf>

López, I., López, L., Cataño, N., & Lopez, H. (20 de febrero de 2015). *EFEECTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO CON PERSPECTIVA CULTURAL EN CUIDADORES DE PERSONAS ANCIANAS CAMPESINAS*. Recuperado el 5 de octubre de 2020, de http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/739/Pon_VelasquezV_EfectoProgramaEducativo_2012.pdf?sequence=1

Ministerio de Economía y Finanzas Perú MEF, . (2019). *Programa presupuestal 0129*. Obtenido de Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad:

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/prog_presupuestal/articulos/0129_salud_personas_discapacidad.pdf

Ministerio de Salud MINSA. (2019). *Programa Presupuestal 0129 Prevención y manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad*. Recuperado el 26 de septiembre de 2020, de https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_8.pdf

Ministerio de Salud MINSA, RM N° 467-2017-MINSA. (16 de Junio de 2017). *Resolución Ministerial N° 467-2017-MINSA*. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de Plataforma Única del Estado Peruano: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/189346-467-2017-minsa>

Ministerio de Salud, MINSA, NTS N° 135 MINSA/2017/DGIESP. (13 de Junio de 2017). *Norma de Técnica de Salud N° 135 MINSA/2017/DGIESP*.

Recuperado el 02 de noviembre de 2020, de Plataforma Única del Estado Peruano:

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189892/189386_RM_457-2017.PDF20180823-24725-4hso2l.PDF

Ministerio de Salud Colombia MINSALUD. (2014). *LINEAMIENTOS NACIONALES DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD - RBC*. Recuperado el 23 de Octubre de 2020, de Discapacidad Colombia: <https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/GOBIERNO/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>

Ministerio de Salud MINSALUD Colombia. (Noviembre de 2015). *Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación Basada en Comunidad en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC*. Recuperado el 21 de septiembre de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-rbc-pic.pdf>

Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de Naciones Unidas: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Naciones Unidas. (17 de April de 2008). *CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD*. Recuperado el 09 de octubre de

2020, de Naciones Unidas:
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Naciones Unidas, Oficina de Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ginebra: Material de Promoción. La presente publicación no fue objeto de revisión editorial oficial. Recuperado el 9 de octubre de 2020, de https://www.ohchr.org/documents/publications/advocacytool_sp.pdf

Organización de los Estados Americanos OEA. (7 de junio de 1999). *Convención Interamericana para la eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad OEA*. Recuperado el 25 de octubre de 2020, de Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) Perú:

Organización Mundial de la Salud. (2011). *INFORME MUNDIAL SOBRE DISCAPACIDAD*. Recuperado el 19 de Septiembre de 2020, de Organización Mundial de la Salud:
https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud,. (2020). *TEMAS DE SALUD-DISCAPACIDADES*. Recuperado el 9 de octubre de 2020, de Organización Mundial de la Salud,: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2004). *RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*. Recuperado el 12 de octubre de 2020, de Organización Mundial de la Salud OMS:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43126/9243592386_spa.pdf;jsessionid=58BAA20E24E155D8FD0F80C8E67C993B?sequence=1

Organización Mundial de la salud. Alma Ata. (6 - 12 de Setiembre de 1978). *Organización Mundial de la salud*. Obtenido de Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata, : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>

Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Curso de gerencia para el manejo efectivo del programa ampliado de inmunización, módulo VI Supervisión, monitoreo y evaluación*. Recuperado el 10 de diciembre de 2020, de

Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/immunization-toolkit/wp-content/uploads/2017/05/modulo6.pdf>

Presidencia de la República Decreto Legislativo N°1161. (7 de diciembre de 2013).

Decreto Legislativo N°1161 que aprueba la Ley de Organización Y funciones del Ministerio de Salud. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de Plataforma Única Digital del Estado Peruano: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200295/197025_DL1161.pdf20180926-32492-mdgklj.pdf

Presidencia de la República DS N° 008-2017-SA. (5 de marzo de 2017). *DECRETO SUPREMO N° 008-2017-SA Decreto Supremo que aprueba el Reglamento*

de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de Plataforma única del Estado Peruano: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/190604/reglamento-de-organizacion-y-funciones-del-ministerio-de-salud-ds-n-008-2017-sa.pdf>

Radtke, B. (07 de agosto de 2014). *RED IBEROAMERICANA DE EXPERTOS EN LA CONVENCION DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.* Recuperado el 30 de septiembre de 2020, de REPOSITORIO:

http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/285/Inf_Radtke_B_RehabilitacionBasadaComunidad_2003.pdf?sequence=1

Retto Tafur, K. E. (2018). *Ruralidad y uso de servicios informales de salud en personas con discapacidad de Perú: Análisis de una encuesta nacional.* Lima: Universidad de Ciencias Aplicadas. Recuperado el 4 de octubre de 2020, de https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624896/Retto_tk.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Robles Espinoza, A., Rubio Jurado, B., De la Rosa Galván, E., & Nava Zavala, A. (28 de Setiembre de 2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *MEDIGRAPHIC*, 11(3), 125. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

Roulet, G. C. (10 - 13 de noviembre de 2015). *La rehabilitación basada en la comunidad como instrumento de inclusión y determinación de políticas públicas.* Recuperado el 2020 de octubre de 24 , de Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública:

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/800728D4E1F0A9EC05257FA7005042C0/\\$FILE/olivegri.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/800728D4E1F0A9EC05257FA7005042C0/$FILE/olivegri.pdf)

Salmon, E., Palacios, A., Salas, D., Del Aguila, L., Bregaglio, R., De Asis, R., . . . Astorga, L. (2015). Nueve conceptos claves para entender la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (E. Salmon, & R. Bregaglio, Edits.) Lima, Lima, Perú: UPCP.

Solórzano, M. L. (2016). *Promoción de Salud y Control metabólico en pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud #3 de Riobamba, en el período enero/julio del 2016*. Ambato, Ecuador. Recuperado el 04 de febrero de 2021, de

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5449/1/TUAEXCOMMS P001-2017.pdf>

Servicio Nacional de la Discapacidad SENADIS. (2015). *Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situación de alta dependencia*.

Santiago de Chile. Recuperado el 5 de octubre de 2020, de http://cetram.org/wp/wp-content/uploads/2013/11/manual_cuidadores_web.pdf

Ware J E, & Doyle B J. (1977). Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care. *Journl of Medical Education*, 793-801. doi:10.1097/00001888-197710000-00001

Anexos

Anexo 1: Sistema de inscripción virtual y/o físico de las personas con deficiencias y discapacidades



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
PROGRAMA PRESUPUESTAL 0129: PREVENCION Y MANEJO DE
CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**

SISTEMA DE INSCRIPCIÓN VIRTUAL Y/O FÍSICO DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIAS Y DISCAPACIDADES

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

Claudio Ramírez Atencio

Director Ejecutivo de la DIRIS Lima Norte

M.C. Yanet Rocío Churra Centeno

Dirección Ejecutiva Dirección de Monitoreo y Gestión de Sanitaria

Dr. Jorge García Berrocal

Investigadores

C.D. Mailin del Carmen Oropesa Angel Bello

M.C. José Miguel Matamoros Vera

I. INTRODUCCION:

La discapacidad se avizora como un problema de salud a nivel mundial, afectando a todos los países, en mayor o menor medida y con tendencia cada vez más al aumento.

En el año 2004, se realizó una Encuesta Mundial de Salud; esta resumida por el Ministerio de Salud MINSA,(2019) en el documento titulado Programa Presupuestal 0129, Prevención Y Manejo De Condiciones Secundarias De Salud En Personas Con Discapacidad, arrojó datos importantes como que, entre las personas adultas, (mayores de 18 años), la prevalencia de discapacidad, es de 15,6% (aproximadamente 650 millones del total estimado, siendo este último de 4200 millones de adultos para el año 2004). (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

En América Latina alrededor del 10% de la población presenta alguna discapacidad esto equivale a 50 millones. De ellas, el 70% no tiene empleo. Estas cifras son similares durante la infancia pues entre el 70% y 80% de los niños con discapacidad no tiene acceso a la educación y solo 1 de cada 20 concluye la secundaria. (Ministerio de Salud MINSA, 2019)

Por otro lado, los resultados de personas con discapacidad arrojados por el censo del 2017 en Perú, fueron 3 209 261 personas, estas representan el 10,3% de la población del país. De estos, son mujeres, 1 820 304 personas que representan el 11,5%, de total de féminas y 1 millón 388 mil 957, son hombres, para un 9,0% de ellos. Dependiendo del área de residencia, se determinó que, el 10,6% de la población del área urbana, o sea, 2 715 892 personas. En el área rural, 493 369 personas en esta condición, alcanza el 8,7%. En ambos casos la mayoría fue de mujeres. (Instituto de Estadística e Informática (INEI), 2017)

Sobre la distribución geográfica de las PcD, adiciona que la provincia de Lima Metropolitana muestra el porcentaje más elevado de población que padece alguna discapacidad, con un 31,2%, porcentaje elevadísimo en comparación con los departamentales.

II. FINALIDAD:

Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales, que permita comenzar el proceso de dispensarización de las poblaciones asignadas a

los establecimientos del primer nivel de atención que pertenecen a la DIRIS Lima Norte.

III. JUSTIFICACIÓN:

No existe un control estricto, ni censo específico para saber con certeza la cantidad de personas con discapacidad que existen. Esta realidad no difiere mucho del panorama nacional, pues de acuerdo con el Instituto de Estadística e Informática (INEI), en el documento Perfil Sociodemográfico de la Población con Discapacidad, (2017), en el Perú fue realizada la primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad, en el año 2012; la cual constituyó el primer paso en la estimación de la prevalencia de la discapacidad.

Actualmente se viene implementando el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad, a través del Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS) y las Oficinas Regionales de Atención a las Personas con Discapacidad (OREDIS). Este incluye solo datos para con fines de mapeo y focalización, mas no aborda temas importantes en salud.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Las disposiciones contenidas en el presente Plan para la Creación de un Sistema de Inscripción Virtual y/o Físico de las Personas con Deficiencias y Discapacidades son de aplicación en todos los Redes Integradas de Salud a cargo de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Norte; y podrá ser de uso referencial para las demás organizaciones del Sector Salud

V. PLAN DE ACCIÓN:

A continuación, brindaremos la Matriz de Acción para la Creación de un Sistema de Inscripción Virtual y/o Físico de las Personas con Deficiencias y Discapacidades:

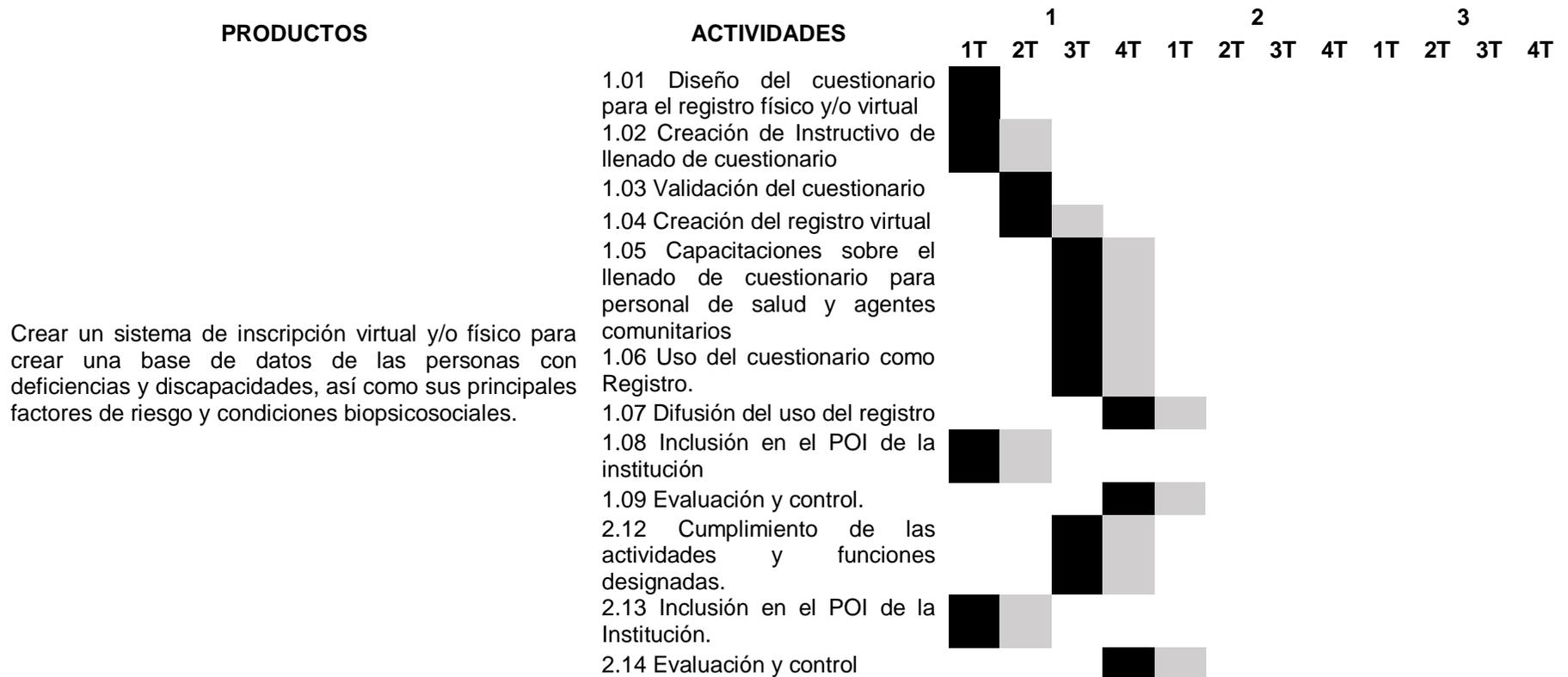
Programación de metas por productos en un período de 3 años.

PRODUCTO	OBJETIVOS	METAS	TAREAS	RESPONSABLE	Años/ semestre						
					1	2	3	I	II	I	II
Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.	Contar con un base de datos que permita conocer la cifra real de discapacitados, su distribución y principales factores de riesgo a los que están sometidos	Registrar al 95% de las personas con discapacidad, y asignarla al centro de atención primaria correspondiente	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	x						
			Creación de Instructivo de llenado de cuestionario	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	x						
			Validación del cuestionario	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	x						
			Creación del registro virtual	Ingeniero Informático o de Sistemas	x						
			Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación e Ingeniero Informático o de Sistemas	x						
			Uso del cuestionario como Registro.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de las DIRIS Lima Norte	x	x	x				
			Difusión del uso del registro	Oficina de Imagen Institucional	x	x					

PRODUCTO	OBJETIVOS	METAS	TAREAS	RESPONSABLE	Años/ semestre					
					1		2		3	
					I	II	I	II	I	II
			Inclusión en el POI de la institución.	Responsable de Salud de las Personas y Planeamiento y Presupuesto	x	x				
			Evaluación y control.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de las DIRIS Lima Norte					x	x

VI. MONITOREO:

Cronograma de Monitoreo.



VII. EVALUACIÓN:

La evaluación del Plan de Capacitación para Familia y Cuidadores será con una periodicidad trimestral, semestral y anual, siguiendo los lineamientos presentados en la matriz de Registro de evaluación tal como se detalla a continuación:

PRODUCTOS	Evaluación/ Indicadores	1				2				3			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
<p>Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.</p>	Número de personas con discapacidad inscrita.												
	Número de personas con discapacidad inscrita correctamente.												
	Número de personas con discapacidad inscritas según tipo de discapacidad												
	Número de personas con discapacidad por Redes Integradas de Salud (RIS) de la DIRIS Lima Norte.												
	Número de personas con discapacidad por establecimiento de salud del primer nivel de atención.												
	Número de personas con discapacidad inscritas con seguimiento integral anual en el primer nivel de atención												
	Número de personas con discapacidad inscritas con seguimiento integral anual en el primer nivel de atención												

VIII. RESPONSABILIDADES

- Claudio Ramírez Atencio

Director Ejecutivo de la DIRIS Lima Norte

- M.C. Yanet Rocío Churra Centeno

➤ **Dirección Ejecutiva Dirección de Monitoreo y Gestión de Sanitaria**

- Dr. Jorge García Berrocal

➤ **Jefe de la Oficina de Intervenciones Estratégicas en Salud.**

- C.D. Mailin del Carmen Oropesa Angel Bello

Investigador

- M.C. José Miguel Matamoros Vera

Investigador

IX. Encuesta para formulario virtual.

Cuestionario de Registro de personas con discapacidad

Presentación del encuestador

Hola,

Gracias por acceder al registro. Al completar el formulario correctamente, nos brindas información muy valiosa, no solo para que se creen nuevos planes y políticas en salud, sino para que el personal sanitario más cercano a dónde vives, pueda planificar un seguimiento integral a ti y a tu familia.

Ayúdanos a difundir esta iniciativa, para que estas acciones lleguen a ti y a los tuyos. Te garantizamos que la información que nos proporcionas es completamente confidencial.

Solo te tomará unos minutos. Gracias.

Por favor, ¿sería tan amable de decirme su nombre?

Nombre (s): _____

Tipo de documento: _____

Apellidos : _____

Nº de DNI: _____

Dirección : _____

Perfil del encuestado

Edad

S
ex
o

Hombre

Mujer

Estructura y composición familiar

1.- Marca con una X con quiénes vives en tu casa.

Mamá	Papá	Hermano(s)	Hermana(s)	Abuelo	Abuela	Tío	Tía	Otro

2.- ¿Cuántas personas viven contigo en casa?

Observaciones:

Condiciones de vida y nivel de hacinamiento

3.- ¿Cuántas habitaciones tiene tu casa?

4.- ¿De qué materiales son las paredes de tu casa?

- Ladrillos
 Adobe
 Estera
 Otra

5.- ¿De qué material es el techo de tu casa?

- Hormigón
 Calaminas
 Estera
 Otra

6- El baño de tu casa es:

- Letrina
 Inodoro
 Pozo
 Alcantarillado

7- El agua que usas en casa proviene de:

:

Salud personal y de los integrantes de la familia

8- ¿Qué enfermedades presentas?

9- ¿Qué enfermedades presentan los miembros de tu familia?

Miembro	Enfermedad que padece
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Referente a la discapacidad

10- ¿Qué tipo de discapacidad presentas?

Certificación de discapacidad

11- ¿Cuentas con certificación de discapacidad?

Si

no

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés, R., Báster Moro, J. C., Hernández Cabrera, G., & García Núñez, R. D. (2014). *Medicina General Integral. Salud y Medicina*. (Tercera edición ed., Vol. I). La Habana, Cuba: Ciencias Médicas. Recuperado el 22 de diciembre de 2020
2. Instituto de Estadística e Informática (INEI). (2017). *Perfil Sociodemográfico de la Población con Discapacidad*. Recuperado el 25 de octubre de 2020, de Instituto de Estadística e Informática (INEI): https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1675/
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. (2015). *Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI*. Recuperado el 15 de septiembre de 2020, de Perú. Características de la población con discapacidad: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1209/Libro.pdf
4. Ministerio de Salud MINSA. (2019). *Programa Presupuestal 0129 Prevención y manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad*. Recuperado el 26 de septiembre de 2020, de https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_8.pdf
5. Organización Mundial de la Salud,. (2020). *TEMAS DE SALUD-DISCAPACIDADES*. Recuperado el 9 de octubre de 2020, de

Organización Mundial de la Salud:
<https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Anexo 2: Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
PROGRAMA PRESUPUESTAL 0129: PREVENCION Y MANEJO DE
CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**

**CONSTITUIR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO MÓVIL
PARA LA ATENCIÓN COORDINADA EN EL PRIMER NIVEL
Y ATENCIÓN DOMICILIARIA**

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

Claudio Ramírez Atencio

Director Ejecutivo de la DIRIS Lima Norte

M.C. Yanet Rocío Churra Centeno

Dirección Ejecutiva Dirección de Monitoreo y Gestión de Sanitaria

Dr. Jorge García Berrocal

Jefe de la Oficina de Intervenciones Estratégicas en Salud.

C.D. Mailin del Carmen Oropesa Angel Bello

M.C. José Miguel Matamoros Vera

Investigadores

**GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA CONSTITUIR UN EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO MÓVIL PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA**

I. DATOS GENERALES:

- a. **DIRIS** : Lima Norte
- b. **DIRECTOR GENERAL** : Claudio Ramírez Atencio
- c. **MODALIDAD** : Semipresencial – Virtual

- d. **RESPONSABLE RRHH:** Gilbert Ramos H.
- e. **DIRIGIDO** : Of. RR.HH. – Personal de Salud
- f. **INVESTIGADORES** : José Miguel Matamoros Vera
Mailin del Carmen Oropeza Angel Bello

II. ORIENTACIONES GENERALES:

La siguiente guía de debe contemplar el Diagnóstico de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, como también el compromiso de cumplir dichas actividades con el propósito de construir un equipo multidisciplinario que brinde una atención de calidad a los pacientes con discapacidad, de esta manera lograremos brindar una atención médica inmediata a través de un dispositivo móvil que será otorgado en la inscripción de la DIRIS Lima Norte.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO:

Debe contener como mínimo lo siguiente:

- a) Organización de la DIRIS Lima Norte.
Debe identificar las Áreas Administrativas, los responsables en dirigir la oficina de Recursos Humanos y la oficina de Sistemas e Informática para el acceso y registro de los pacientes con discapacidad, así como la segregación de los trabajadores en cada centro de salud de la jurisdicción de la DIRIS Lima Norte.
- b) Descripción detallada de las tareas por puesto de trabajo que incluya: 1. Nombre del puesto, 2. Duración y frecuencia de tareas, 3. Número de trabajadores asignados por turno, 4. Medios de trabajo 5. Caracterización de las instalaciones, 6. Insumos médicos para las visitas domiciliarias, 7. Procedimientos de trabajo, 8. Equipo de protección personal, 9. Capacitación brindada para el personal que va a realizar la atención médica por el dispositivo médico y visita domiciliaria, 10. Tipo de exámenes requeridos y evaluaciones que realiza la DIRIS Lima Norte, como también el control periódico de acuerdo al riesgo y atención al paciente discapacidad.

IV. PLANIFICACION DE ACTIVIDADES:

Objetivos Especificos	Metas	Actividades	Requerimiento	Fechas	Responsables
Disminuir la brecha de recursos humanos en salud y trabajar en coordinación con el primer nivel de atención, encaminando la RBC desde un enfoque de atención primaria de salud	Aumentar en un 65% el acceso de salud de las personas con discapacidad a los servicios de rehabilitación. Interrelacionar el trabajo del primer y segundo nivel de atención de salud	Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.	Recursos logísticos	Abril, 2021	Investigadores
		Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar	Recursos logísticos	Julio, 2021	Responsable de la DIRIS Lima Norte.
		Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.	Recursos logísticos Presupuesto asignado	Octubre, 2021	Oficina de Recursos Humanos
		Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.	Personal médico, dispositivos médicos	Diciembre, 2021	Oficina de Recursos Humanos
		Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud	Registro virtual para personas con discapacidad Personal médico	Enero, 2022	Oficina de Recursos Humanos
		Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.	Personal médico, dispositivos médicos, medicamentos.	Febrero, 2022	Responsable de la DIRIS Lima Norte.
		Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.	Personal médico, dispositivos médicos, medicamentos.	Febrero, 2022	Personal médico
		Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.	Recursos logísticos, monitoreo y registro de evaluación.	Febrero, 2022	Responsable de la DIRIS Lima Norte.
		Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las	Recursos logísticos	Febrero, 2022	Responsable de la DIRIS Lima Norte.

Objetivos Específicos	Metas	Actividades	Requerimiento	Fechas	Responsables
		personas con discapacidad, familiares y cuidadores.			
		Evaluación y control	Recursos logísticos, monitoreo y registro de evaluación.	Diciembre, 2023	Responsable de la DIRIS Lima Norte.

V. RECURSOS:

Recursos Humanos: Para dicho programa se debe contar con las siguientes especialistas y co-representantes:

Se necesita contratar (01) Psicólogo, (01) Nutricionista, (01) Tecnólogo en Terapia Física y Rehabilitación, (01) Lic. En Enfermería; (01) Técnico en Enfermería, (01) Cirujano Dentista y (01) Médico Cirujano, todos con estudios de capacitación o especialización en este grupo poblacional. Este estaría enfocado en la atención de pacientes con discapacidad en el primer nivel de atención, en consulta externa y en conjunto con el equipo básico de salud, consolidar un plan de acción individualizado para la atención de cada paciente mediante el dispositivo móvil y atención médica domiciliaria.

Recursos Logísticos: Se requiere de la adquisición de una miniband para el traslado del personal y los recursos logísticos necesarios como formatos, material educativo, dispositivos médicos, etc. En caso de ser comprada sería por un monto aproximado de S/.40000. Cabe señalar que esta puede ser solicitada al Programa Nacional de Bienes Incautados.

Recursos Tiempo: Existe alta rotación de los directores de la DIRIS Lima Norte, mas no de los directores técnicos. La propuesta requiere un lapso no mayor a tres años. El Primer año, se realizará la implementación de los productos. Durante el Segundo año se debe garantizar que todos los productos funcionan bien, realizando la evaluación de los mismos. En el tercer año, se debe garantizar la total sostenibilidad de los productos. Luego del análisis realizado, se garantiza que se dispondrá de ese tiempo en la gestión de la DIRIS Lima Norte.

VI. EVALUACIÓN Y MONITOREO:

Se realizará la evaluación durante el periodo 2021 y se culminará en diciembre del 2023. Se realizará el monitoreo por cada semestre y una vez al año siguiendo la siguiente matriz:

PRODUCTO	OBJETIVOS	METAS	TAREAS	RESPONSABLE	AÑOS/ SEMESTRE				
					1	2	3		
CONSTITUIR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO MÓVIL PARA LA ATENCIÓN COORDINADA EN EL PRIMER NIVEL ATENCIÓN DOMICILIARIA	Disminuir la brecha de recursos humanos en salud y trabajar en coordinación con el primer nivel de atención, encaminando la RBC desde un enfoque de atención primaria de salud	Aumentar en un 65% el acceso de salud de las personas con discapacidad a los servicios de rehabilitación. Interrelacionar el trabajo del primer y segundo nivel de atención de salud	Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario	Investigadores	X	X			
			Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad de las DIRIS Lima Norte.	X	X			
			Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación	Oficina de Recursos Humanos		X			
			Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar	Oficina de Recursos Humanos	X	X			
			Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud	Oficina de Recursos Humanos		X			
			Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte.		X	X	X	X
			Atención domiciliaria	Responsable de		X	X	X	X

PRODUCTO	OBJETIVOS	METAS	TAREAS	RESPONSABLE	AÑOS/ SEMESTRE		
					1	2	3
			a personas con discapacidad severa.	Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte.			
			Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte.		X X	X X
			Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo de las DIRIS Lima Norte.		X X	X X
			Evaluación y control	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de la DIRIS Lima Norte	X	X X X X	X X

Anexo 3: Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
PROGRAMA PRESUPUESTAL 0129: PREVENCION Y MANEJO DE
CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**

**DESARROLLAR UN SISTEMA DE CAPACITACIONES
EFECTIVO Y AMIGABLE CON UN ENFOQUE
SANÓGENO, TANTO PARA LOS PACIENTES COMO
FAMILIARES Y CUIDADORES**

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

Claudio Ramírez Atencio

Director Ejecutivo de la DIRIS Lima Norte

M.C. Yanet Rocío Churra Centeno

Dirección Ejecutiva Dirección de Monitoreo y Gestión de Sanitaria

Dr. Jorge García Berrocal

Jefe de la Oficina de Intervenciones Estratégicas en Salud.

C.D. Mailin del Carmen Oropesa Angel Bello

M.C. José Miguel Matamoros Vera

Investigadores

PLAN DE CAPACITACIÓN PARA FAMILIA Y CUIDADORES

I. DATOS GENERALES:

1.1. DIRIS : Lima Norte

1.2. DIRECTOR GENERAL : Claudio Ramírez Atencio

1.3. MODALIDAD : Semipresencial – Virtual

1.4. RESPONSABLE RRHH: Gilbert Ramos H.

1.5. DIRIGIDO : Familiares y cuidadores de las personas con Discapacidad de la DIRIS Lima Norte.

1.6. INVESTIGADORES : José Miguel Matamoros Vera
Mailin del Carmen Oropeza Angel Bello

II. JUSTIFICACIÓN:

Que, siendo necesario generar una programación de capacitaciones para los familiares y cuidadores de los pacientes con discapacidad de la DIRIS Lima Norte, pretendiendo elevar el conocimiento en el manejo y cuidado de su paciente a los familiares y cuidadores, ya que por el momento se observa deficiencias en el cuidado y orientación de dichos pacientes. Nuestra investigación propone realizar una serie de capacitaciones para fortalecer a la DIRIS Lima Norte y garantizar el respeto, la protección y la promoción de los derechos de las Personas con Discapacidad de su jurisdicción. Tomando en cuenta los siguientes enfoques de derechos para las Personas con Discapacidad:

Eje/Área	Política Pública
<i>Derecho a la Salud</i>	Acceso de las personas con discapacidad al derecho a la salud al más alto nivel.
<i>Nivel de Vida Adecuado y Protección Social</i>	Estrategias descentralizadas con enfoque de derechos para garantizar un nivel de vida adecuado y la protección social en igualdad de condiciones para las personas con discapacidad y sus familias.
<i>Accesibilidad</i>	Acceso de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones al entorno físico, el transporte, la información, sistemas y tecnologías de la información y comunicaciones, los servicios e instalaciones públicos y privados de uso público, en zonas urbanas o rurales, con diseño universal para la eliminación de barreras y obstáculos de acceso.
<i>Toma de Conciencia</i>	Promoción a la DIRIS Lima Norte sobre los derechos de las personas con discapacidad para la sensibilización, la lucha contra los estereotipos, difusión y formación acorde a la atención y cuidado de los pacientes con discapacidad.
<i>Inversión en Sector de la Discapacidad</i>	Inversión social destinada a programas descentralizados a nivel nacional con enfoque de derechos, vinculados a las personas con discapacidad.

ROF:DIRIS_LIMA_NORTE_2020

III. PLAN DE ACCIÓN:

A continuación, brindaremos la matriz de Acción para desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores:

Eje/Área	Política Pública	Lineamientos	Institución Co-Responsables
Derecho a la Salud	Acceso de las personas con discapacidad al derecho a la salud al más alto nivel.	Fortalecimiento, ampliación y descentralización de los servicios de prevención de la discapacidad, de rehabilitación y rehabilitación, con enfoque de derechos, y la tecnología asistencial, con ajustes razonables para la DIRIS Lima Norte.	MINSA DIRIS Norte Centro de Salud Área RR.HH. Lima de de
Nivel de Vida Adecuado y Protección Social	Estrategias descentralizadas con enfoque de derechos para garantizar un nivel de vida adecuado y la protección social en igualdad de condiciones para las personas con discapacidad y sus familias.	Desarrollo e implementación de políticas públicas de protección social, con enfoque de derechos, para las personas con discapacidad. Incluir en los servicios de protección social existentes, la atención a adultos mayores con discapacidad.	MINSA DIRIS Norte Centro de Salud Área RR.HH. Lima de de
Accesibilidad	Acceso de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones al entorno físico, el transporte, la información, sistemas y tecnologías de la información y comunicaciones, los servicios e instalaciones públicos y privados de uso público para la eliminación de barreras y obstáculos de acceso.	Adecuación de infraestructura e instrumentos accesibles en los centros de salud que les correspondan. Asegurar la Implementación de la ley de acceso a la información pública en formatos accesibles.	MINSA DIRIS Norte Centro de Salud Área RR.HH. Lima de de

Eje/Área	Política Pública	Lineamientos	Institución Co-Responsables
Toma de Conciencia	Promoción a la DIRIS Lima Norte sobre los derechos de las personas con discapacidad para la sensibilización, la lucha contra los estereotipos, difusión y formación acorde a la atención y cuidado de los pacientes con discapacidad.	Brindar capacitaciones para el buen trato y los derechos de las personas con discapacidad que aseguren el enfoque de género e igualdad y el principio a la no discriminación, motivando a sus familias a la inclusión social.	MINSA DIRIS Norte Centro de Salud Área RR.HH. Lima de de
Inversión en Sector de la Discapacidad	Inversión social destinada a programas descentralizados a nivel nacional con enfoque de derechos, vinculados a las personas con discapacidad a través del PpR.	Asignación de presupuesto para la implementación descentralizada de los servicios de certificación, habilitación, rehabilitación, entre otros en la DIRIS Lima Norte. Solicitar los recursos necesarios y suficientes a las instituciones responsables para llevar a cabo las capacitaciones y realizar el seguimiento y asistencia a los casos de abuso y maltrato, en especial mujeres, niñas, niños y adolescentes con discapacidad.	MINSA DIRIS Norte Centro de Salud Área RR.HH. Lima de de

Fuente:ROF_DIRIS_LIMA_NORTE2020

IV. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES:

La siguiente planificación cuenta con 12 capacitaciones con una duración de 30 min. donde se emitirá guías de información y enlaces audiovisuales que serán emitidas todas las familias inscritas en la DIRIS Lima Norte. Dichas capacitaciones serán ejecutadas cada 3 meses con la modalidad semipresencial y/o virtual para las familias y cuidadores. Las cuales contarán con un número de capacitaciones anuales sobre técnicas pedagógicas y estrategias de comunicación asertiva realizadas al personal de salud, brindando estrategias de comunicación asertiva.

N°	Descripción de actividad	Años/Semestres							
		1		2		3			
		I	II	III	IV	V	VI		
01	Capacitación y orientación al personal de Salud. Sensibilización al personal de salud, familias y cuidadores.	x							
02	Capacitación sobre aceptación en de un miembro de la familia con discapacidad.	x							
03	Derecho a la salud del discapacitado.		x						
04	Roles y funciones de la familia.		x						
05	Tipos de discapacidad.			x					
06	Diálogo sobre la Inclusión social.			x					
07	Cuidados y riesgos en pacientes con discapacidad.				x				
08	Atención médica a pacientes con discapacidad.				x				
09	Guías de orientación para establecimientos y centros de salud.					x			
10	Orientación y pautas para el acceso de información médica.					x			
11	Familias comprometidas en la salud de su paciente.								X
12	Seguimiento y monitorea de paciente con discapacidad.								X

V. EVALUACIÓN:

La evaluación del Plan de Capacitación para Familia y Cuidadores será evaluada y monitoria una vez al año siguiendo los lineamientos presentados en la matriz de Acción para desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.

A continuación, detallaremos la matriz de evaluación y monitoreo.

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Años/Semestres					
		1		2		3	
		I	II	III	IV	V	VI
301	Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.	x	x				
302	Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.		x	x			
303	Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva	x	x	x	x	x	
304	Evaluación y control		x		x		x

Anexo 4: Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
PROGRAMA PRESUPUESTAL 0129: PREVENCION Y MANEJO DE
CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**

**IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE TELECONSULTAS,
TELEINTERCONSULTAS Y TELEAPOYO AL
DIAGNÓSTICO ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES DE
ATENCIÓN Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO MÓVIL.**

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

Claudio Ramírez Atencio

Director Ejecutivo de la DIRIS Lima Norte

M.C. Yanet Rocío Churra Centeno

Dirección Ejecutiva Dirección de Monitoreo y Gestión de Sanitaria

Dr. Jorge García Berrocal

Jefe de la Oficina de Intervenciones Estratégicas en Salud.

C.D. Mailin del Carmen Oropesa Angel Bello

M.C. José Miguel Matamoros Vera

Investigadores

**PROGRAMA DE SISTEMA DE TELECONSULTAS, TELEINTERCONSULTAS Y
TELEAPOYO EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

I. DATOS GENERALES:

1.1. DIRIS : Lima Norte

1.2. DIRECTOR GENERAL : Claudio Ramírez Atencio

- 1.3. MODALIDAD** : Virtual
- 1.4. RESPONSABLE RRHH:** Gilbert Ramos H.
- 1.5. DIRIGIDO** : Pacientes, familiares.
- 1.6. INVESTIGADORES** : José Miguel Matamoros Vera
Mailin del Carmen Oropesa

II. OBJETIVOS:

Comprender que requerimos mínimamente para generar una tele consulta. Definir que aplicación utilizaremos para realizar las mismas. Proveer una lista de cotejo que ayude a la hora de implementar un sistema de teleconsultas.

III. JUSTIFICACIÓN:

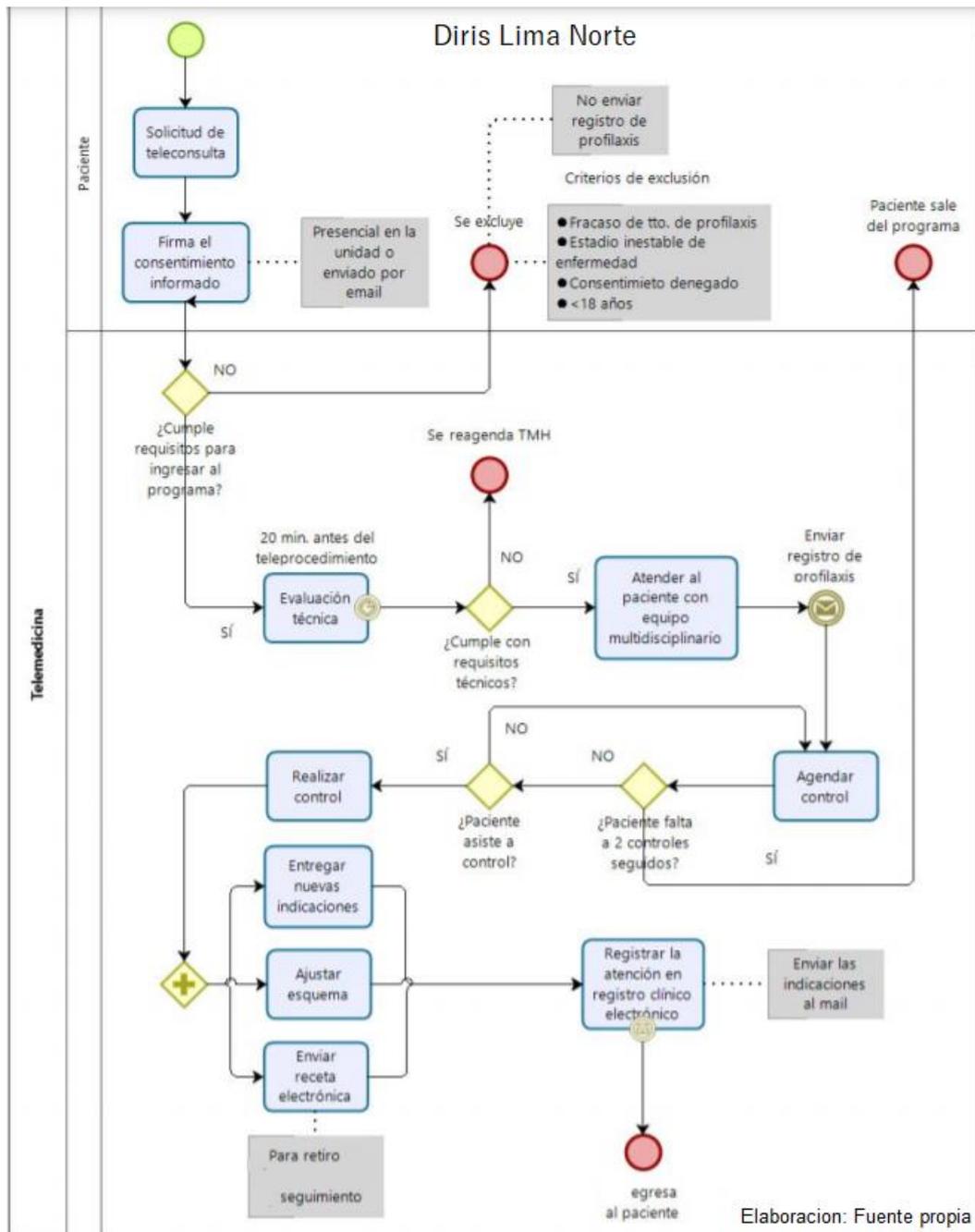
La Teleconsulta, Tele Interconsulta, Teleapoyo y Telemedicina, es una herramienta que permite compartir información médica e imágenes, que en el caso de la persona discapacitada es indispensable que se realice con un tutor como facilitador que oriente la evaluación y anamnesis a distancia, el diagnóstico primario esta dado por el profesional encargado de la misma, de esta manera se logra la atención indirecta del paciente, usando únicamente el apoyo de los medios de comunicación virtuales que contamos en la actualidad, en este caso usaremos la Aplicaciones: ZOOM, WhatsApp y/o Videollamada directa desde el Teléfono móvil.

IV. REQUISITOS PARA INGRESAR A TELECONSULTA:

- a) El usuario debe tener servicio telefónico o comunicaciones como Internet Fijo o Móvil, así como de suministro eléctrico.
- b) Que el paciente que hará uso de teleconsulta, no se encuentre en circunstancias que, por su complejidad o gravedad, impidan la adecuada utilización del servicio o presuponga riesgos que no puedan ser controlados. La situación física, psíquica o sensorial de la persona usuaria debe ser compatible con la prestación del servicio, caso contrario es menester la presencia de un facilitador que puede ser el tutor y/o el familiar encargado.

- c) El usuario, (paciente o tutor) de este servicio debe estar consciente de la interconsulta, para eso debe aceptar a manera de consentimiento informado que se realice la llamada / videollamada.
- d) El usuario, debe proporcionar información verdadera y actualizada además de responder adecuadamente al interrogatorio.

V. Algoritmo de Atención de Teleconsultas:



VI. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES:

La siguiente planificación cuenta con 3 capacitaciones con una duración de 30 minutos, al largo del periodo de un año, donde se podrá pulir algunas deficiencias que surjan a lo largo de las atenciones a distancia. Las cuales contarán con un número 3 de capacitaciones anuales sobre técnicas pedagógicas y estrategias de comunicación asertiva realizadas al personal de salud, brindando estrategias de comunicación asertiva.

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Años/Semestres							
		1		2		3			
		I	II	III	IV	V	VI		
401	Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo.	x	x						
402	Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo.		x	x					
403	Implementación de los módulos		x	x	x	x	x		
404	Evaluación y control		x		x			x	

VII. EVALUACIÓN:

La evaluación del Programa de atención de teleconsultas, teleinterconsultas, será evaluada y monitoria una vez al año siguiendo los lineamientos presentados en la matriz de Acción para desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y, tanto para los pacientes como familiares, haciendo un cuestionario a través de llamada para evaluar la satisfacción de la atención:

N°	Preguntas
1	P ¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?
2	P ¿El médico le atendió en el horario programado?
3	P ¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?
4	P ¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?
5	P ¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?

Anexo 5: Ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

**Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte**

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
PROGRAMA PRESUPUESTAL 0129: PREVENCION Y MANEJO DE
CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**

**EJECUTAR UN PROGRAMA DE
SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDO A LA PERSONA, LA
FAMILIA, EL ESPACIO LABORAL, ESCOLAR Y
COMUNITARIO.**

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

Claudio Ramírez Atencio

Director Ejecutivo de la DIRIS Lima Norte

M.C. Yanet Rocío Churra Centeno

Dirección Ejecutiva Dirección de Monitoreo y Gestión de Sanitaria

Dr. Jorge García Berrocal

Jefe de la Oficina de Intervenciones Estratégicas en Salud.

C.D. Mailin del Carmen Oropesa Angel Bello

M.C. José Miguel Matamoros Vera

Investigadores

**PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA COMUNIDAD DE LA DIRIS
LIMA NORTE**

I. DATOS GENERALES:

1.1. DIRIS : Lima Norte

1.2. DIRECTOR GENERAL : Claudio Ramírez Atencio

1.3. MODALIDAD : Virtual

1.4. DIRIGIDO : Población en general y familiares de personas con discapacidad de la DIRIS Lima Norte.

1.5. INVESTIGADORES : José Miguel Matamoros Vera
Mailin del Carmen Oropeza Angel Bello

II. JUSTIFICACIÓN:

Que, siendo necesario generar una programación de Sensibilización y capacitación a las comunidades y población en general de la DIRIS Lima Norte, sobre la importancia de la Inclusión de las personas con discapacidad en los procesos de Gestión Integral en Salud, brindando información clara y charlas que motiven a la Inclusión Social para promover la participación de las personas con discapacidad, de sus familiares y su comunidad.

III.OBJETIVO:

El siguiente programa tiene como objetivo brindar material de apoyo y referencia para personas que tienen una responsabilidad y compromiso de sensibilizar y capacitar a comunidades sobre la integración y participación de las personas con discapacidad (PCD) en la atención medica primaria de la DIRIS Lima Norte.

IV. GUÍA DE ORIENTACIÓN:

El siguiente contenido se ha elaborado y estructurado para ser utilizado como material de referencia y apoyo por parte de personas encargadas de la DIRIS Lima Norte, donde se facilitará y se le orientará en la Rehabilitación con base de la Comunidad.

Módulos Temáticos	Contenido y Recursos	Horas/ Medio
<i>Enfoque de Derecho a la Salud</i>	1.1. Sensibilización sobre la realidad de las personas con discapacidad. 1.2. ¿Qué es el enfoque inclusivo? 1.3. Personas con discapacidad. 1.4. Recomendaciones generales sobre inclusión de las personas con discapacidad en atención primaria en Salud.	1 hora En plataforma virtual un de la DIRIS Lima Norte, por única vez. .
<i>Antes</i>	2.1. Valoración diferenciada del riesgo. 2.2. Servicio de atención para pacientes con discapacidad. 2.3. Consejos para la inclusión en salud.	45 min. En plataforma virtual zoom una vez por semestre.
<i>Durante</i>	3.1. DIRIS Lima Norte y oficina de RR.HH.	45 min.

	3.2. Centro médicos inclusivos.	En plataforma virtual zoom una vez por semestre.
<i>Después</i>	4.1. Recomendaciones para la inclusión en la rehabilitación en centro de Salud.	45 min. En plataforma virtual zoom una vez por semestre.

V. PLAN DE ACCIÓN:

El proceso sugerido totaliza un número aproximado de 6 horas, las cuales serán destinadas una hora por semestre, que puede ser llevado a cabo de forma consecutiva e intensiva durante los semestres programados.

La modalidad y ritmo de cada proceso vendrá determinado por el contexto, necesidades y disponibilidad de tiempo de la coordinación con la DIRIS Lima Norte. Los materiales para participantes deben ser también consultados por la persona facilitadora para que sus mensajes puedan ser reforzados desde las posibilidades y complementos que ofrece la guía del facilitador.

A continuación, brindaremos las 6 sesiones para el facilitador:

Temas a tratar	Objetivo	Descripción de la Actividad	Duración
SESIÓN 01 Acercamiento al mundo de las personas con discapacidad	Sensibilizar a la comunidad sobre la realidad y las problemáticas de las Personas con discapacidad.	Se pueden emplear diferentes recursos para acercar la realidad de las personas con discapacidad a la comunidad. Pueden servir para ello algunos videos de internet o alguna película. Se estima que un video corto (no superior a 20-30 minutos) es preferible para centrar la atención y sugerir temas para el diálogo y el debate.	1 hora
SESIÓN 02 ¿Qué es discapacidad?	La vulnerabilidad de las personas con discapacidad no proviene exclusivamente de las características de estas sino también las de su entorno.	Se presenta algún video específico sobre las realidades de las personas con discapacidad en situaciones de reales. Se apertura el dialogo a los tipos de discapacidad.	1 hora
SESIÓN 03 Inclusión e igualdad social	Comprender de los de conceptos exclusión/inclusión, igualdad/equidad.	Se muestra la primera imagen y se establece una discusión con las personas presentes a partir de la imagen presentada. Se realiza juego de roles.	1 hora
SESIÓN 04 Ficha de identificación de personas con Discapacidad	Completar información de interés sobre todas las personas con discapacidad de la comunidad. • Entablar un diálogo con familiares y cuidadores sobre las condiciones y cuidados de la PCD.	La encuesta se realiza a la persona con discapacidad de la familia, en la vivienda donde esta habita. La visita a la casa permite también platicar con la familia y los/as cuidadores/as de la PCD para intercambiar algunos aspectos que puedan	1 hora

Temas a tratar	Objetivo	Descripción de la Actividad	Duración
		ser de interés para el trabajo de GIRD con las PCD.	
SESIÓN 05 Análisis de riesgo y medidas de protección para grupos vulnerables	Aproximarse a la vulnerabilidad de las personas con discapacidad en el contexto de un accidente.	Se presenta algún video Esta herramienta ha sido elaborada por GOAL para su puesta en práctica en la preparación para desastres con diferentes grupos vulnerables. Un listado de posibles riesgos que guíe el análisis comunitario sobre los riesgos a los que están expuestos los colectivos de PCD es el que se expone a continuación.	1 hora
SESIÓN 06 Mundo de la inclusión social	Aprender desde la experiencia sobre: discriminación, problemas de comunicación y participación, actitudes positivas o negativas en el trabajo de grupos.	Se forma un dialogo entre los integrantes de la plataforma virtual para rescatar todo lo aprendido durante las 6 sesiones de sensibilización. Se realiza el compromiso de seguimiento a las familias y el control médico en atención primaria de la DIRIS Lima Norte. Cierre de las charlas de sensibilización.	1 hora

VI. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES:

Siendo nuestro objetivo mejorar la relación personal sanitario- paciente-familia- comunidad. Se realizará el programa mancomunado que se basa en la propuesta de ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario, enfocado en la aceptación e integración social de la persona con discapacidad en la comunidad, basándonos en la siguiente programación.

N°	Descripción de actividad	Años/Semestres					
		1		2		3	
		I	II	III	IV	V	VI
01	Capacitación y orientación al personal de Salud. Sensibilización al personal de salud, familias y comunidad	x	x				
02	SESIÓN 01 <i>Acercamiento al mundo de las personas con discapacidad</i>	x					
03	SESIÓN 02 <i>¿Qué es discapacidad?</i>		x				
04	SESIÓN 03 Inclusión e igualdad social			x			
05	SESIÓN 04 Ficha de identificación de personas con Discapacidad				x		
06	SESIÓN 05 Análisis de riesgo y medidas de protección para grupos vulnerables					x	
07	SESIÓN 06 <i>Mundo de la inclusión social</i>						x

VII. EVALUACIÓN:

La evaluación del Programa de Sensibilización para la Comunidad de la DIRIS Lima Norte será evaluada y monitoria una vez al año siguiendo los lineamientos presentados. A continuación, detallaremos la matriz de evaluación y monitoreo.

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Años/Semestres					
		1		2		3	
		I	II	III	IV	V	VI
501	Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	x	x				
502	Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.		x	x			
503	Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.		x	x	x	x	x
504	Evaluación		x		x	x	x

Anexo 6: Matrices Método SADCI

PRODUCTO	CODIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE DE ACTIVIDAD
Producto 1	101	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación e Ingeniero Informático o de Sistemas
	102	Creación de Instructivo de llenado de cuestionario	
	103	Validación del cuestionario	
	104	Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.	
	105	Evaluación y control.	
Producto 2	201	Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación e Ingeniero Informático o de Sistemas
	202	Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Recursos Humanos
	203	Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.	
	204	Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo
	205	Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.	
	206	Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.	Equipo Multidisciplinario Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y de Seguimiento y Monitoreo
	207	Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.	
	208	Evaluación y control	
Producto 3	301	Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación e Ingeniero Informático o de Sistemas
	302	Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas	

PRODUCTO	CODIGO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE DE ACTIVIDAD
		psicopedagógicas y comunicación asertiva.	
	303	Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de las DIRIS Lima Norte
	304	Evaluación y control	
Producto 4	401	Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación e Ingeniero Informático o de Sistemas
	402	Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de las DIRIS Lima Norte
	403	Implementación de los módulos.	
	404	Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos	
Producto 5	501	Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación e Ingeniero Informático o de Sistemas
	502	Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	
	503	Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.	Responsable de Rehabilitación Basada en la Comunidad y Oficina de Gestión de la Calidad de las DIRIS Lima Norte
	504	Evaluación	

F-D 1: Déficit relacionados con leyes, reglas, normas y “reglas de juego”.

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
101	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual				X	
102	Creación de Instructivo de llenado de cuestionario					X
103	Validación del cuestionario				X	
104	Creación del registro virtual			X		
105	Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.					X
106	Uso del cuestionario como Registro.					X
107	Difusión del uso del registro				X	
108	Inclusión en el POI de la institución				X	
109	Evaluación y control.					X
201	Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.					X
202	Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar					X

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
203	Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.					X
204	Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.			X		
205	Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud				X	
206	Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.					X
207	Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.				X	
208	Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.					X
209	Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.				X	
210	Adquisición de logística necesaria para actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención.			X		
211	Actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención				X	
212	Cumplimiento de las actividades y funciones designadas.				X	
213	Inclusión en el POI de la Institución.					X
214	Evaluación y control					X
301	Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.					X
302	Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.				X	
303	Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva				X	
304	Inclusión en el POI de la institución.					X
305	Evaluación y control					X
401	Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.					X
402	Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.				X	
403	Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil			X		
404	Adquisición logística necesaria			X		
405	Implementación de los módulos.				X	
406	Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos				X	
407	Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.					X
408	Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad.				X	
409	Inclusión en el POI de la Institución.					X
410	Evaluación y control.					X
501	Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.					X
502	Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
503	Capacitación al personal de salud sobre el programa				X	
504	Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
505	Inclusión en el POI de la Institución					X
506	Evaluación					X

Fuente: Elaboración propia

F-D 2: Déficit relacionados con relaciones interinstitucionales.

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
101	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual					X
102	Creación de Instructivo de llenado de cuestionario					X
103	Validación del cuestionario					X
104	Creación del registro virtual				X	
105	Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.				X	
106	Uso del cuestionario como Registro.				X	
107	Difusión del uso del registro					X
108	Inclusión en el POI de la institución					X
109	Evaluación y control.					X
201	Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.					X
202	Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar				X	
203	Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.				X	
204	Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.					X
205	Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud					X
206	Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.				X	
207	Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.				X	
208	Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.				X	
209	Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.					X
210	Adquisición de logística necesaria para actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención.				X	
211	Actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención					X
212	Cumplimiento de las actividades y funciones designadas.				X	
213	Inclusión en el POI de la Institución.					X
214	Evaluación y control					X
301	Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.					X
302	Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.				X	

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
303	Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva			X		
304	Inclusión en el POI de la institución.					X
305	Evaluación y control					X
401	Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.				X	
402	Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.				X	
403	Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil			X		
404	Adquisición logística necesaria			X		
405	Implementación de los módulos.			X		
406	Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos				X	
407	Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.				X	
408	Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad.				X	
409	Inclusión en el POI de la Institución.					X
410	Evaluación y control.					X
501	Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.					X
502	Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
503	Capacitación al personal de salud sobre el programa				X	
504	Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
505	Inclusión en el POI de la Institución					X
506	Evaluación					X

Fuente: Elaboración propia

F-D 3: Déficit relacionados con la estructura organizacional interna y distribución de funciones.

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
101	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual					X
102	Creación de Instructivo de llenado de cuestionario				X	
103	Validación del cuestionario				X	
104	Creación del registro virtual				X	
105	Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.					X
106	Uso del cuestionario como Registro.					X

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
107	Difusión del uso del registro					X
108	Inclusión en el POI de la institución					X
109	Evaluación y control.					X
201	Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.				X	
202	Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar				X	
203	Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.					X
204	Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.			X		
205	Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud				X	
206	Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.					X
207	Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.					X
208	Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.					X
209	Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.					X
210	Adquisición de logística necesaria para actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención.				X	
211	Actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención				X	
212	Cumplimiento de las actividades y funciones designadas.				X	
213	Inclusión en el POI de la Institución.					X
214	Evaluación y control					X
301	Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.				X	
302	Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.					X
303	Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva				X	
304	Inclusión en el POI de la institución.					X
305	Evaluación y control					X
401	Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.				X	
402	Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.				X	
403	Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil			X		
404	Adquisición logística necesaria			X		
405	Implementación de los módulos.				X	
406	Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos				X	
407	Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.					X

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
408	Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad.				X	
409	Inclusión en el POI de la Institución.					X
410	Evaluación y control.					X
501	Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
502	Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
503	Capacitación al personal de salud sobre el programa					X
504	Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
505	Inclusión en el POI de la Institución					X
506	Evaluación					X

Fuente: Elaboración propia

F-D 4: DCI desde el punto de vista de las políticas de personal

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
101	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual					X
102	Creación de Instructivo de llenado de cuestionario				X	
103	Validación del cuestionario			X		
104	Creación del registro virtual				X	
105	Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.				X	
106	Uso del cuestionario como Registro.				X	
107	Difusión del uso del registro				X	
108	Inclusión en el POI de la institución					X
109	Evaluación y control.					X
201	Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.					X
202	Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar					X
203	Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.					x
204	Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.				X	
205	Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud				x	
206	Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.					X
207	Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.				X	
208	Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.				X	
209	Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.				X	
210	Adquisición de logística necesaria para actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención.			X		

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
211	Actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención				X	
212	Cumplimiento de las actividades y funciones designadas.					X
213	Inclusión en el POI de la Institución.					X
214	Evaluación y control					X
301	Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.				X	
302	Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.				X	
303	Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva					X
304	Inclusión en el POI de la institución.					X
305	Evaluación y control					X
401	Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.				X	
402	Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.				X	
403	Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil			X		
404	Adquisición logística necesaria			x		
405	Implementación de los módulos.				X	
406	Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos				X	
407	Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.				X	
408	Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad.				x	
409	Inclusión en el POI de la Institución.					X
410	Evaluación y control.					X
501	Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
502	Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
503	Capacitación al personal de salud sobre el programa				X	
504	Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.					X
505	Inclusión en el POI de la Institución					X
506	Evaluación					X

Fuente: Elaboración propia

F-D 5: Déficit desde el punto de vista de insumos físicos y recursos humanos.

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
101	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual					X
102	Creación de Instructivo de llenado de cuestionario					X

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
103	Validación del cuestionario					X
104	Creación del registro virtual				X	
105	Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.				X	
106	Uso del cuestionario como Registro.				X	
107	Difusión del uso del registro				X	
108	Inclusión en el POI de la institución					X
109	Evaluación y control.					X
201	Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.					X
202	Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar					X
203	Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.				X	
204	Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.				X	
205	Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud				X	
206	Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.					X
207	Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.					X
208	Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.				X	
209	Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.					X
210	Adquisición de logística necesaria para actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención.			X		
211	Actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención				X	
212	Cumplimiento de las actividades y funciones designadas.				X	
213	Inclusión en el POI de la Institución.					X
214	Evaluación y control					X
301	Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.					X
302	Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.					X
303	Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva				X	
304	Inclusión en el POI de la institución.					X
305	Evaluación y control					X
401	Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.					X
402	Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.					X
403	Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil					X
404	Adquisición logística necesaria				X	
405	Implementación de los módulos.				X	

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
406	Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos				X	
407	Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.				X	
408	Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad.				X	
409	Inclusión en el POI de la Institución.				x	
410	Evaluación y control.					X
501	Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.					X
502	Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.					X
503	Capacitación al personal de salud sobre el programa				X	
504	Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
505	Inclusión en el POI de la Institución					X
506	Evaluación					X

Fuente: Elaboración propia

F-D 6: Déficit relacionados con la capacidad individual de los participantes encargado de ejecutar cada actividad

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
101	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual					X
102	Creación de Instructivo de llenado de cuestionario					X
103	Validación del cuestionario					X
104	Creación del registro virtual					X
105	Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.					X
106	Uso del cuestionario como Registro.					X
107	Difusión del uso del registro				X	
108	Inclusión en el POI de la institución					X
109	Evaluación y control.					X
201	Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.					X
202	Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar					X
203	Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.				X	
204	Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.				X	
205	Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud				X	
206	Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.					X
207	Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.					X
208	Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.					X

Cod. de Actividad	Descripción de actividad	Gravedad de DCI				
		1	2	3	4	5
209	Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.				X	
210	Adquisición de logística necesaria para actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención.			X		
211	Actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención				X	
212	Cumplimiento de las actividades y funciones designadas.				X	
213	Inclusión en el POI de la Institución.					X
214	Evaluación y control					X
301	Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.					X
302	Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.				X	
303	Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva				X	
304	Inclusión en el POI de la institución.					X
305	Evaluación y control					X
401	Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.					X
402	Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.				X	
403	Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil			X		
404	Adquisición logística necesaria			X		
405	Implementación de los módulos.			X		
406	Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos				X	
407	Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.					X
408	Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad.				X	
409	Inclusión en el POI de la Institución.					X
410	Evaluación y control.					X
501	Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.					X
502	Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
503	Capacitación al personal de salud sobre el programa				X	
504	Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
505	Inclusión en el POI de la Institución					X
506	Evaluación					X

Fuente: Elaboración propia

Formulario E 1: Consolidación de DCI relativos a falta de capacidad institucional no relacionados con capacidades individuales en la DIRIS Lima Norte:

Código de DCI	Descripción del DCI	Tareas afectadas (Códigos)	Gravedad promedio del DCI				
			1	2	3	4	5
P01	Contar con un base de datos que permita conocer la cifra real de discapacitados, su distribución y principales factores de riesgo a las que están sometidos.	Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual					X
		Creación de Instructivo de llenado de cuestionario					X
		Validación del cuestionario				X	
		Creación del registro virtual				X	
		Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.					X
		Uso del cuestionario como Registro.					X
		Difusión del uso del registro				X	
		Inclusión en el POI de la institución					X
		Evaluación y control.					X
		Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.					X
P02	Disminuir la brecha de recursos humanos en salud y trabajar en coordinación con el primer nivel de atención, encaminando la RBC desde un enfoque de atención primaria de salud.	Creación de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar					X
		Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.					X
		Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.				X	
		Proceso de contratación de servicios de profesionales de la salud				X	
		Atención multidisciplinaria a personas con discapacidad en el primer nivel de atención.					X
		Atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.					X
		Establecimiento del plan de tratamiento y seguimiento personalizado para el cumplimiento por parte de la persona con discapacidad y por parte del equipo básico de salud.					X

Código de DCI	Descripción del DCI	Tareas afectadas (Códigos)	Gravedad promedio del DCI				
			1	2	3	4	5
P03	Generar una guía con pautas para crear capacitaciones que conecten e impacten.	Capacitaciones al equipo básico de salud en el permanente seguimiento y monitoreo de las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.				X	
		Adquisición de logística necesaria para actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención.			X		
		Actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención					X
		Cumplimiento de las actividades y funciones designadas.					X
		Inclusión en el POI de la Institución.					X
		Evaluación y control					X
		Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.					X
		Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.				X	
		Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva				X	
		Inclusión en el POI de la institución.					X
P04	Mejorar el acceso a atención médica especializada.	Evaluación y control					X
		Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.				X	
		Validación del Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.					x
		Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil			X		
P04	Mejorar el acceso a atención médica especializada.	Adquisición logística necesaria			X		
		Implementación de los módulos.					x
		Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos					X

Código de DCI	Descripción del DCI	Tareas afectadas (Códigos)	Gravedad promedio del DCI				
			1	2	3	4	5
P05	Generar una guía con pautas para crear capacitaciones que permitan una mayor integración social del discapacitado.	Actividades de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico.				X	
		Coordinación con otros niveles de atención para la disposición y asignación de dispositivos de asistencia a las personas con discapacidad.					X
		Inclusión en el POI de la Institución.					X
		Evaluación y control.					X
		Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
		Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
		Capacitación al personal de salud sobre el programa				X	
		Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.					X
		Inclusión en el POI de la Institución					X
		Evaluación					X

Fuente: Elaboración propia

Anexo 7: Consolidación de DCI relativos a falta de capacidad institucional no relacionados con capacidades individuales en la DIRIS Lima Norte.

Código de DCI	Descripción del DCI	Tareas (Códigos)	Gravedad promedio del DCI				
			1	2	3	4	5
P01	Contar con un base de datos que permita conocer la cifra real de discapacitados, su distribución y principales factores de riesgo a las que están sometidos.	101. Diseño del cuestionario para el registro físico y/o virtual			X		
		102. Creación de Instructivo de llenado de cuestionario				X	
		103. Validación del cuestionario				X	
		104. Capacitaciones sobre el llenado de cuestionario para personal de salud y agentes comunitarios.				X	
		105. Evaluación y control.					X
P02	Disminuir la brecha de recursos humanos en salud y trabajar en coordinación con el primer nivel de atención, encaminando la RBC desde un enfoque de atención primaria de salud.	201. Diseño de la propuesta de creación del equipo multidisciplinario.			X		
		202. Solicitar disponibilidad presupuestaria para la contratación.			X		
		203. Aprobación del documento de perfiles, características del puesto y funciones a desempeñar.				X	
		204. Evaluación y control					X
P03	Generar una guía con pautas para crear capacitaciones que conecten e impacten.	301. Diseño del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.			X		
		302. Validación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva.				X	
		303. Aplicación del sistema de capacitaciones utilizando técnicas psicopedagógicas y comunicación asertiva				X	
		304. Evaluación y control				X	
P04	Mejorar el acceso a atención médica especializada.	401. Diseño del sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.			X		
		402. Requerimiento de disponibilidad presupuestaria para el sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil				X	
		403. Implementación de los módulos.				X	

Código de DCI	Descripción del DCI	Tareas (Códigos)	Gravedad promedio del DCI				
			1	2	3	4	5
P05	Generar una guía con pautas para crear capacitaciones que permitan una mayor integración social del discapacitado.	404. Capacitar al personal de salud para el uso de los Módulos				X	
		501. Diseño del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.			X		
		502. Validación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
		503. Aplicación del programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario.				X	
		504. Evaluación					X

Anexo 8: Método MACTOR

Fase 1: Identificación de los actores que controlan o influyen en los productos:

ACTORES	
Nombres	Funciones
Dirección General	Dirección de Redes Integradas Lima Norte Es el órgano de más alto nivel de la Dirección de Redes Integradas en Salud Lima Norte, que dirige y supervisa el funcionamiento de la organización.
Órgano de Control Institucional	Es el encargado de llevar a cabo el control gubernamental en la Dirección de Redes Integradas Lima Norte, de conformidad de las normas del Sistema Nacional de Control, promoviendo la correcta y transparente gestión de recursos y bienes de la entidad, cautelando la legalidad y eficiencia de sus actos y operaciones.
Dirección Administrativa	Es el encargado de desarrollar los procesos técnicos de los sistemas administrativos de Planeamiento Estratégico, Presupuesto Público, Gestión de Recursos Humanos, Abastecimiento, Tesorería, Contabilidad, Inversión Pública y Modernización de la Gestión Pública.
Dirección de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria	Es el órgano encargado de realizar las actividades relacionadas a salud ambiental e inocuidad alimentaria, en coordinación con la Alta Dirección del Ministerio de Salud.
Dirección de Medicamentos, insumos y drogas	Es el órgano encargado de realizar las actividades relacionadas a los productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos, en coordinación con la Dirección General de medicamentos, insumos y drogas y la Alta Dirección del Ministerio de Salud.
Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	Es el órgano encargado de realizar las actividades relacionadas a Salud Pública, intervenciones Sanitarias, Prestaciones, Emergencias, Desastres y Docencia e Investigación.
Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención	Los establecimientos de salud por primer nivel de atención brindan la atención oportuna y adecuada de las prestaciones de los usuarios, salud pública e intervenciones sanitarias, emergencias y desastres, docencia e investigación, fortalecer capacidad resolutiva centrada en el usuario.

Fuente: Elaboración propia

Fase 2: Conocer el grado de influencia – Dependencia de actores:

- | | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><u>Actores Dominantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerente General • Dirección General <p style="text-align: center;"><u>Actores Autónomos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Órgano de Control • Dirección Administrativa • Área de coordinación Intersectorial y Social | <p style="text-align: center;"><u>Actores de Enlace</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria • Dirección de Medicamentos, Insumos y drogas • Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria. • Jefe Dpto. Logística <p style="text-align: center;"><u>Actores Dominados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos de Salud del Primer nivel de Atención • Hospitales • Profesional de Salud • Profesional de Operaciones y Almacenamiento |
|---|--|

Fuente: Elaboración propia

Fase 3. Identificar los retos estratégicos y los objetivos asociados y posicionar a cada actor con respecto a cada objetivo (matriz Mao)

ACTORES					
Dirección de Redes Integradas Lima Norte					
Nombres	P1	P2	P3	P4	P5
Dirección General	+	+	+	+	+
Órgano de Control Institucional	+	0	+	0	+
Dirección Administrativa	+	0	+	+	+
Dirección de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria	+	+	+	+	+
Dirección de Medicamentos, insumos y drogas	+	+	+	+	+
Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	+	+	+	+	+
Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención	+	+	+	+	+

Fuente: Elaboración propia

Fase 4: Reconocer las convergencias / divergencias (posiciones simples)

<u>Convergencias</u>	<u>Divergencias</u>
<p>- La Rehabilitación con base Comunitaria La rehabilitación con base comunitaria, no solo crea la necesidad de proteger a la población vulnerable contra los riesgos de enfermedad y discapacidad, sino proporciona los medios para lograr dicha protección. A su vez, el aumento de la población es la gran demanda para las entidades de salud, en especial para la DIRIS Lima Norte que abarca 9 distritos donde su población demanda gran extensión de la cobertura en salud a medida que se va implementando una atención primaria en cada centro de salud debido a la afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado</p>	<p>- Atención médica oportuna a personas con discapacidad de la DIRIS Lima Norte El hecho que exista una red de hospitales particulares cuando se inicia un programa público parece ser un factor decisivo en la divergencia de las modalidades y las vías de intervención estatal. Cuando se dispone de estos recursos en cantidad suficiente, se observa la tendencia del Estado a restringirse solo a financiamiento. En cuanto a la cobertura de la población, se puede alegar que cuanto mayor sea la disponibilidad de recursos privados, más rápidamente aumentará la cobertura.</p>
<p>- La economía mediante PpR Actualmente contamos con el respaldo del Presupuesto por Resultados que contribuye con la mejora de la calidad del gasto público al permitir que las entidades del Estado, otorgando un presupuesto anual a las Dirección de Redes Integradas de Salud – DIRIS Lima Norte. Las cuales ayudan y contribuyen en la operatividad, gestiona y articula los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, conformando la Red Integrada de Salud, la cual incluye a los hospitales y los establecimientos de salud de primer nivel de atención.</p>	<p>- Sistema de representación de intereses La atención de la salud se ha convertido en objeto de demandas políticas, negociaciones colectivas, programas de intereses partidistas y presiones de grupo. Las formas de prestación de atención a la salud que han surgido de la interacción de estas fuerzas han sido moldeadas por arreglos institucionales que los grupos organizados de la sociedad civil usan para negociar sus intereses con el Estado. Puesto que esos arreglos difieren de un país a otro, su principal efecto ha sido un aporte a la divergencia entre las modalidades y las vías de intervención del Estado en la atención médica.</p>
<p>- Entidades Públicas En nuestra actualidad, las entidades públicas y municipales han sido un factor de importancia conducente a la convergencia entre los países y la prestación de servicios por parte de un</p>	<p>- Normas de legitimidad de los auspicios y la propiedad Las diferencias entre las autoridades que dirigen el estado, el congreso y el ministerio de salud nos brinda una visión divergente con</p>

<p>complejo mecanismo estatal se ha convertido en característica de las sociedades adelantadas y subdesarrolladas por igual.</p> <p>Por esta razón la DIRIS Lima Norte como entente público ha legitimado la activa participación de los Estados en la organización, el financiamiento y la prestación de servicios de salud a sus propios distritos cumpliendo en enfoque de aceptación de <i>“Salud como un Derecho”</i>.</p>	<p>lo que respecta a la determinación de quién puede tener, manejar o emplear legítimamente los recursos necesarios para producir servicios de atención médica pueden manifestarse en las distintas modalidades de intervención estatal en la atención de salud, particularmente en el grado de control estatal directo. Por lo tanto, una gran parte de la discrepancia, según los autores, podría atribuírsele a las diferencias de esas normas.</p>
---	--

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 9 Glosario de Términos

Accesibilidad - Health Services Accessibility: El grado por el cual individuos están impedidos o facilitados en sus capacidades para adentrar a y recibir atención y servicios del sistema de atención de salud. Factores que influyen en esta capacidad incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras.

Atención primaria de salud (APS) - Primary Health Care: Cuidados que proporcionan manutención básica de la salud, servicios terapéuticos y coordinación de todas las necesidades y servicios comunitarios.

Atención Médica - Medical Care: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con la finalidad de prevenir enfermedades, restablecer y proteger su salud.

Calidad de vida (CdV) - Quality of Life: Concepto genérico que refleja preocupación por la modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.

Capacitación en Servicio - Inservice Training: Se refiere a programas de entrenamiento laboral para el personal que se ejecutan en una institución o agencia. Incluye programas de orientación.

Derechos Humanos - Human Rights: El derecho del individuo a oportunidades culturales, sociales, económicas y educativas que brinda la sociedad, por ejemplo, el derecho al trabajo, el derecho a la educación y el derecho a la seguridad social.

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) - National Council for the Integration of Persons with Disabilities: Es un organismo público con autonomía técnica, administrativa, económica y financiera, el cual es parte del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú, cuya labor es la inclusión de personas con discapacidad.

Continuidad de la Atención al Paciente - Continuity of Patient Care: Son cuidados continuos prestados al paciente, por el médico que lo acompaña desde el contacto inicial durante todas las etapas de su enfermedad.

Cuidadores – Caregivers: Personas que cuidan a quienes necesitan supervisión o asistencia por enfermedad o discapacidad. Pueden brindar los cuidados en la casa, en un hospital o en una institución.

Discapacidad – Disability: La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan su vida.

Dispensarización: Es el registro, agrupamiento y control de las personas y familias asignadas al equipo básico de salud. Esta acción facilita la observación, permanente y dinámica de individuos y grupos con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva.

Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) – Directorate of Integrated Health Networks: Es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud que se creó el 14 de junio de 2017, mediante RM 467-2017/MINSA; que opera, gestiona y articula los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, conformando la Red Integrada de Salud, la cual incluye a los hospitales y los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

Establecimiento de Salud - Health Facilities: Son instituciones que proporcionan servicios médicos o relativos a la salud.

ESSALUD: El Seguro Social de Salud, es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

Evaluación de la Discapacidad - Disability Evaluation: Determinación del grado de incapacidad física, mental o emocional. El diagnóstico se aplica a la cualificación legal para la obtención de beneficios e ingresos bajo seguros de incapacidad y la elegibilidad para el Seguro Social y los beneficios de compensación de los trabajadores.

Exclusión social - Social exclusion: Es la falta de participación de segmentos de la población en la vida cultural, económica y social de sus respectivas sociedades debido a la carencia de los derechos, recursos y capacidades básicas (acceso a la legalidad, al mercado laboral, a la educación, a las tecnologías de la información, a los sistemas de salud y protección social) factores que hacen posible una participación social plena. La exclusión social es un concepto clave en el contexto

de la Unión Europea para abordar las situaciones de pobreza, desigualdad social, vulnerabilidad y marginación de partes de su población. El concepto también se ha difundido, aunque más limitadamente, fuera de Europa. La Unión Europea proclamó al año 1998 como año europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social.

Inclusión: La inclusión es tratar con equidad a todo el mundo: no se trabaja con niños especiales, sino con personas diferentes (la diferencia es un valor).

Inserción Social - Social insertion: Es la acción de integrar a un individuo o a un grupo dentro de la sociedad, un concepto sociológico.

Interconsulta - Referral and Consultation: Es la práctica de mandar un paciente a otro servicio o especialidad, para tratamiento o consulta, por no poder prestarlo localmente.

Integración Social - Social Integration: Proceso dinámico y de principios donde todos los miembros participan en el diálogo para conseguir y mantener relaciones sociales pacíficas.

Ley - Law: Es una norma jurídica dictada por el legislador, es decir, un precepto establecido por la autoridad competente, en que se manda o prohíbe algo en consonancia con la justicia, cuyo incumplimiento conlleva a una sanción. En general, las leyes son normas que regulan la convivencia social de una nación.

Método de Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional (SADCI) - System Method for Analysis and Development of Institutional Capacity: Es una metodología que se aplica en los casos en que se necesita identificar el grado de capacidad institucional actual para llevar a cabo determinadas funciones, evaluar los obstáculos y debilidades a remover o eliminar, y establecer las acciones y planes requeridos para ello.

Método Matriz de Alianzas y Conflictos: Tácticas, Objetivos y Recomendaciones (MACTOR) - Matrix Method of Alliances and Conflicts: Tactics, Objectives and Recommendations: Es un método que propone el análisis del juego de los actores y algunas herramientas sencillas, que permiten tener en cuenta la riqueza y la complejidad de la información que se debe tratar, facilitando al analista resultados intermedios que orientan sobre algunas vertientes del problema estudiado. Tras la realización del análisis estructural que permite conocer las variables claves que condicionan el futuro de un sistema determinado,

se tratará de identificar aquellos actores que ejercen una influencia y controlan de una u otra manera las citadas variables.

Ministerio de Salud del Perú (MINSA) - Ministry of Health of Peru: Es el sector del Poder Ejecutivo encargado del área de salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS) - World Health Organization: Es la agencia especializada de las Naciones Unidas, designada como autoridad coordinadora en el trabajo internacional de salud; su objetivo es proporcionar el nivel más alto posible de salud para todos los pueblos.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) - United Nations: Una organización internacional cuya membresía está compuesta por la mayoría de las naciones soberanas del mundo, con sede en la ciudad de Nueva York. Los objetivos primarios de la organización son mantener la paz y la seguridad y lograr la cooperación internacional para resolver los problemas internacionales económicos, sociales, culturales o humanitarios.

Plan Operativo Institucional (POI) - Institutional Operating Plan: Es un plan operativo es un documento oficial en el que los responsables de una organización (empresarial, institucional, no gubernamental...) o un fragmento del mismo (departamento, sección, delegación, oficina...) enumeran los objetivos y las directrices que deben cumplir en el corto plazo. Por ello, un plan operativo se establece generalmente con una duración efectiva de un año, lo que hace que también sea conocido como plan operativo anual o POA. El plan operativo es la culminación del detalle de un plan estratégico y de un plan director.

Programa Presupuestal (PPR) – Budgetary Program: Es una estrategia de gestión pública que permite vincular la asignación de recursos presupuestales a bienes y servicios (productos) y a resultados a favor de la población, con la característica de permitir que estos puedan ser medibles. Para lograrlo es necesario un compromiso de las entidades públicas, definir responsables, generar información, y rendir cuentas.

Prestación de Atención de Salud - Delivery of Health Care: Está interesado en todos los aspectos de provisión y distribución de servicios de salud a una población de pacientes.

Programa Nacionales de Salud - National Health Programs: Componentes de un sistema nacional de atención de salud que administra servicios específicos e.g. seguro nacional de salud.

Rehabilitación Basado en la Comunidad (RBC) – Community Based Rehabilitation: Es una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país.

Teleconsultas - Remote Consultation: Consulta por telecomunicaciones remotas, generalmente con fines de diagnóstico o tratamiento de un paciente en un sitio lejano del paciente o médico primario. Teleconsulta o teleconsultoría: Consulta, utilizando las tecnologías de información y comunicación, en las que los participantes pueden establecer una conversación, no compartiendo el mismo espacio físico. Participan en una teleconsulta por lo menos dos actores: profesional de salud y enfermo o profesional de salud y profesional de la salud. Los profesionales de la salud pueden pertenecer a la misma clase profesional.

Teleinterconsulta - Remote Consultation: Es el intercambio de informaciones y opiniones entre médicos, con o sin la presencia del paciente, para auxilio diagnóstico o terapéutico, clínico o quirúrgico.

Sanología: Concepto revolucionario del proceso salud enfermedad, que se centra en aspectos socio, psico, biológicos, medioambientales y médicos relacionados con la preservación de la salud.

Sensibilización Pública - Public Awareness: Proceso de información a la comunidad de la naturaleza del peligro y las acciones necesarias para salvar vidas y propiedades antes y durante el desastre

Sistemas de información hospitalaria - Hospital information systems: Los sistemas de información hospitalaria sistemas de información en salud (siglas: SIH, o HIS en inglés), en algunos países son denominados "expediente electrónico", pese a que este último es sólo la parte clínica del proceso. Consiste en un programa o programas de cómputo instalados en un hospital, lo que

permite una gestión integrada de todos los factores que inciden en el sistema sanitario

Anexo 10 Matriz de Consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	PRODUCTOS	INDICADORES DE EVALUACION	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<p>Problema General Elevada afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado, pertenecientes a la DIRIS Lima Norte, 2020.</p>	<p>Objetivo General Disminuir la afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado, a través del manejo de estos, basado en la Rehabilitación con Base en la Comunidad, en pacientes pertenecientes a la DIRIS Lima Norte, 2020.</p>			<p>No existe un panorama de protección, respeto e inclusión por el discapacitado. Esta situación va desde un pobremente conocido y aplicado marco normativo nacional hasta el desamparo en políticas públicas eficientes, innovadoras y centradas en las necesidades de la persona con discapacidad, sus cuidadores y familiares. La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), en el Marco de la Atención Primaria de Salud (APS) es promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las estrategias más efectivas para el manejo de estas personas vulnerables.</p>	<p>El fortalecimiento en la aplicación del marco normativo sobre la discapacidad en el país, así como su difusión y socialización en todo el territorio nacional, especialmente en instituciones del Estado, instituciones educativas públicas, lugares y servicios de la propiedad social.</p>
PROBLEMAS ESPECÍFICOS: (PE)	OBJETIVOS ESPECÍFICOS: (OE)		INDICADORES DE EVALUACION	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES

Carente dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades.

Optimizar la dispensarización de personas con deficiencias y discapacidades.

PRODUCTO 1: Crear un sistema de inscripción virtual y/o físico para crear una base de datos de las personas con deficiencias y discapacidades, así como sus principales factores de riesgo y condiciones biopsicosociales.

Dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades.

Aumentar la accesibilidad a los servicios de salud de personas con deficiencias y discapacidades.

PRODUCTO 2: Constituir un equipo multidisciplinario móvil para la atención coordinada en el primer nivel y atención domiciliaria

PRODUCTO 1

- Aprobación, validación y puesta en funcionamiento del registro virtual de personas con discapacidad.
- Número de capacitaciones realizadas a personal de salud y agentes comunitarios sobre el correcto llenado del registro trimestralmente.
- Número de actividades de difusión del registro virtual de personas con discapacidad trimestralmente.
- Inclusión de la meta en el POI

PRODUCTO 2:

- Adjudicación de plazas y contratación del personal de salud que conformará el equipo multidisciplinario.
- Número de personas atendidas por el equipo multidisciplinario en el primer nivel de atención.

En el país no se cuenta con un sistema de registro para las personas con deficiencias y discapacidades, lo que dificulta la localización y trabajo articulado por parte del equipo básico de atención primaria de salud con otras instituciones y la comunidad.

Las personas con discapacidad, demandan más atenciones en salud, pero la oferta que se realiza para ellas es ínfima. Esto trae como consecuencia grandes dificultades de acceso a estos servicios, lo que unido al trabajo descoordinado entre los distintos niveles de atención, imposibilitan

El desarrollo de un sistema de registro virtual para las personas con deficiencias y discapacidades, a través del trabajo articulado entre los Ministerios de Salud y de Desarrollo e Inclusión Social, o quien haga sus veces a nivel regional

El acercamiento de capacitaciones, que brinden herramientas pedagógicas y de comunicación asertiva, dirigidas al personal sanitario como parte de su formación para ser embajadores de salud en los distintos escenarios en los que se desenvuelvan, siendo encargados de la promoción de estilos de vida saludables como su máxima premisa.

Deficiencias en la capacitación de paciente, cuidador y familiar del discapacitado.	Elevar el nivel de conocimiento del paciente, cuidadores y familiares en el manejo del discapacitado.	PRODUCTO	3:	PRODUCTO 3:	Los niveles de educación y compromiso para la salud del paciente, cuidador y familiar del discapacitado, determinan en gran medida, la consecución y el mantenimiento de su más alto nivel posible de salud. El personal sanitario, sobre todo en
		Desarrollar un sistema de capacitaciones efectivo y amigable con un enfoque sanógeno, tanto para los pacientes como familiares y cuidadores.		<ul style="list-style-type: none"> • Validación y aprobación del plan de capacitaciones. • Número de capacitaciones trimestrales sobre técnicas pedagógicas y estrategias de comunicación 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Número de personas con discapacidad severa atendida en su domicilio por el equipo multidisciplinario. • Capacitaciones realizadas al equipo básico de salud por el equipo multidisciplinario sobre seguimiento y monitoreo realizadas a las personas con discapacidad. • Cumplimiento de las actividades trimestrales de seguimiento y monitoreo realizadas a las personas con discapacidad por el equipo básico de salud. • Inclusión de la meta en el POI 	un tratamiento personalizado y enfocado en los factores que influyen en cada paciente.

Limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud.

Reducir las limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud

PRODUCTO 4:

Implementar un sistema de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil.

- Número de capacitaciones trimestrales realizadas a los pacientes, así como a familiares y cuidadores utilizando pedagógicas y estrategias de comunicación asertiva.
- Inclusión de la meta en el POI

PRODUCTO 4:

- Número de módulos de teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico entre los diferentes niveles de atención y el equipo multidisciplinario móvil implementados trimestralmente.
- Número de capacitaciones trimestrales realizadas a los trabajadores del primer nivel de atención y el equipo multidisciplinario sobre uso de las TIC y el sistema de telemedicina.

el primer nivel de atención, juega un rol fundamental en ello.

La baja oferta de servicios de salud, unido a problemas para la movilización y traslado, así las como dificultades económicas, hacen que los pacientes que sufren alguna discapacidad, tengan limitaciones en el acceso a interconsultas con especialistas y/u otros profesionales de la salud, por tanto, no reciben tratamiento adecuado y un seguimiento continuo, sobre todo en lo que se refiere a la atención médica especializada. Esto contribuye a aumentar la carga de enfermedad y con ello

el desarrollo de Software de gestión en salud y de Telemedicina a nivel nacional, adaptados a las características heterogéneas y desafiantes del país, para el manejo de casos desde un enfoque multidisciplinario, facilitar el acceso a los pacientes a servicios especializados de salud y el seguimiento por parte del equipo de salud del primer nivel de atención; y también para disminuir los costos que se generan al paciente. Por otro lado, se insta a la firma de convenios con universidades para la crear y patentar la asistencia a las personas con discapacidad.

Insuficiencias en la relación personal sanitario-paciente-familia-comunidad

Mejorar la relación personal sanitario-paciente-familia-comunidad.

PRODUCTO

5:

ejecutar un programa de sensibilización dirigido a la persona, la familia, el espacio laboral, escolar y comunitario

- Número de mayor pobreza y teleconsultas de desinserción social, realizadas por trimestre.
- Número de teleinterconsultas realizadas por trimestre.
- Número de teleapoyo al diagnóstico realizados por trimestre.
- Número de situaciones y eventos adversos presentados durante las teleconsultas, teleinterconsultas y teleapoyo al diagnóstico trimestralmente.
- Inclusión de la meta en el POI

PRODUCTO 5:

- Validación y aprobación del plan de capacitaciones.
- Número de capacitaciones trimestrales realizadas al personal de salud.
- Número de capacitaciones trimestrales realizadas a los

La mayoría de las políticas de salud públicas fracasa debido a las debilidades en la relación personal sanitario-paciente-familia-comunidad. Para el manejo de la discapacidad desde un enfoque de atención primaria de salud, utilizando una estrategia de RBC, se necesita

La adopción del tipo de Medicina Familiar Comunitaria en el Primer Nivel de Atención para conseguir la transformación del sistema de salud, de un modelo curativo a uno preventivo promocional que refuerce la relación entre el personal sanitario-paciente-familia-comunidad, y promueva el equilibrio y la armonía de todas sus partes.

pacientes como indiscutiblemente del familiares y trabajo multisectorial, cuidadores. pero en este contexto, el papel fundamental recae en la relación existente entre el personal sanitario- paciente- familia- comunidad.

- Inclusión de la meta en el POI

Fuente: Elaboración Propia