

**Universidad de Chile  
Facultad de Medicina  
Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G.**



**“PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA PARA EL CENTRO  
COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN (CCR) DE LA  
COMUNA DE PADRE LAS CASAS, REGIÓN DE LA  
ARAUCANÍA”**

**DANNER EMANUEL BURGOS MORAGA**  
Becario CONICYT

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR GUÍA DE TESIS: DR. ÓSCAR ARTEAGA HERRERA**

**PROFESOR COPATROCINANTE: ING. HERNÁN ROSENBERG RUBEL**

**Santiago, Mayo del 2016**

## Tabla de contenidos

Resumen.....	6
1. Introducción.....	8
2. Marco Teórico.....	11
2.1. Discapacidad: Consideraciones generales.....	11
2.2. Epidemiología de la discapacidad.....	16
2.2.1. Situación Mundial.....	16
2.2.2. Situación en Latinoamérica.....	18
2.2.3. Situación en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).....	20
2.2.4. Situación en Chile.....	23
2.3. Discapacidad e Inclusión Social.....	28
2.4. Rehabilitación: Consideraciones generales.....	32
2.4.1. Modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).....	37
2.5. Discapacidad y Rehabilitación en el contexto chileno.....	44
2.6. Discapacidad y Rehabilitación en el contexto local: Región de la Araucanía y comuna de Padre Las Casas.....	48
2.6.1. Contexto Regional:.....	48
2.6.2. Contexto Comunal.....	59
2.7. Resumen marco teórico y justificación de la tesis.....	67
3. Objetivos.....	72
3.1 Objetivo General.....	72
3.2 Objetivos Específicos.....	72
4. Metodología.....	73
4.1 Tipo de Tesis.....	73
4.2 Consideraciones metodológicas generales.....	74
4.3 Recolección, procesamiento y análisis de la información.....	77
5. Resultados.....	79
5.1 Análisis estratégico para la puesta en marcha del Centro Comunitario de Rehabilitación Padre Las Casas.....	79

5.1.1 Análisis externo del entorno institucional: .....	80
5.1.2 Análisis interno del entorno institucional: .....	83
5.1.3 Resumen del análisis de entorno: Análisis FODA.....	89
5.2 Principales involucrados (stakeholders) asociados a la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas. ....	91
5.2.1 Identificación de los principales involucrados. ....	92
5.2.2 Caracterización y análisis de los principales involucrados.....	93
5.3 Declaración de la misión, visión y valores centrales del CCR Padre Las Casas.....	98
5.3.1 Elaboración de la Misión del Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de Padre Las Casas.....	99
5.3.2 Elaboración de los Valores Centrales del Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de Padre Las Casas. ....	100
5.3.3 Elaboración de la Visión del Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de Padre Las Casas.....	101
5.4 Objetivos estratégicos del Centro Comunitario de Rehabilitación Padre Las Casas para el período 2016 - 2018. ....	103
5.4.1 Mapa estratégico: .....	105
5.4.2 Selección de indicadores y metas:.....	110
5.5 Sistema de monitoreo, control y evaluación para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas.....	126
6. Reflexiones finales y conclusiones. ....	170
7. Bibliografía.....	175
8. Anexos.....	184

## Lista de ilustraciones

Ilustración 1: El proceso de la rehabilitación. ....	35
Ilustración 2: Matriz modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad. ....	41
Ilustración 3: Mapa Región de la Araucanía. División político-administrativa.....	49
Ilustración 4: Prevalencia de discapacidad en Chile y Región de la Araucanía, año 2004. ....	51
Ilustración 5: Prevalencia de discapacidad según grados a nivel nacional. Año 2004. ....	53
Ilustración 6: Prevalencia de discapacidad según grados, Región de la Araucanía. Año 2004. ....	54
Ilustración 7: Personas en Situación de Discapacidad por tramo de edad, Región de la Araucanía. Año 2004. ....	55
Ilustración 8: Distribución de la discapacidad según tipo. Región de la Araucanía. Año 2004. ....	57
Ilustración 9: Distribución porcentual de la demanda por prestaciones de rehabilitación física según clasificación de patologías, CESFAM Padre Las Casas. Año 2011. ....	63
Ilustración 10: Distribución porcentual de patologías según el grado de discapacidad, CESFAM Padre Las Casas. Año 2011. ....	64
Ilustración 11: Acceso a recibir atención de rehabilitación básica en personas con diagnósticos que generan discapacidad moderada y severa, CESFAM Padre Las Casas. Año 2011. ....	65
Ilustración 12: Modelo de sistema de gestión y desarrollo de la estrategia.....	76
Ilustración 13: Modelo de Cadena de Valor.....	84
Ilustración 14: Análisis FODA.....	89
Ilustración 15: Análisis FODA CCR Padre Las Casas.....	90

Ilustración 16: Identificación de principales involucrados. ....	92
Ilustración 17: Mapa estratégico para el CCR Padre Las Casas.....	106

## **Lista de tablas.**

Tabla 1: Prevalencia regional de personas con discapacidad. Tasa por 100 habitantes. Chile, año 2004.....	52
Tabla 2: Personas en Situación de Discapacidad según condición socioeconómica. Tasas y distribución porcentual. Región de la Araucanía. Año 2004. ....	56
Tabla 3: Acceso a servicios por parte de las Personas en Situación de Discapacidad, Región de la Araucanía. Año 2004. ....	58
Tabla 4: Sistematización lista de espera servicio de kinesiología, CESFAM Padre Las Casas. Año 2011. ....	62
Tabla 5: Análisis PEST.....	81
Tabla 6: Análisis de actividades primarias.....	85
Tabla 7: Análisis de actividades de apoyo. ....	87
Tabla 8: Matriz de involucrados para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas. ....	95
Tabla 9: Objetivos estratégicos con indicadores y metas para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas. ....	111
Tabla 10: Sistema de monitoreo, control y evaluación para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas. ....	127

## Resumen

**Introducción:** La Planificación Estratégica ha sido una herramienta para la gestión de las organizaciones con demostrada utilidad y eficacia en el logro de resultados. Durante los últimos años, su aplicación y difusión en instituciones públicas, ha influido para que sus beneficios lleguen poco a poco a diversas instituciones, incluido el sector salud. En el año 2015, el Municipio de Padre Las Casas (Región de la Araucanía) desarrolló un proyecto para contar con un moderno e innovador Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR), el cual brindaría atención a usuarios en situación de discapacidad moderada a severa, bajo el contexto de la Atención Primaria de Salud.

**Objetivo:** Establecer un Plan de Desarrollo Estratégico para el Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de la comuna de Padre Las Casas, para el período 2016 – 2018.

**Metodología:** Se utilizó el enfoque de elaboración de planes y programas de salud, ocupando como referencia la metodología propuesta por Robert S. Kaplan y David P. Norton para el desarrollo de modelos de sistemas de gestión que integren tanto la planificación como la ejecución operacional de la estrategia. Del mismo modo, se consideró tanto la metodología de Marco Lógico propuesta por la OPS así como algunas otras herramientas de análisis organizacional.

**Resultados:** Se logró realizar un análisis estratégico y de los principales involucrados que pudieran influir para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas. Una vez conseguidos estos objetivos, se elaboró la declaración de principios que guiarán el desarrollo de la institución, para luego determinar un mapa estratégico con objetivos, indicadores y metas usando las 4 dimensiones del Balance Scorecard como herramienta. Para medir y ajustar nuestra estrategia, se

construyó un sistema de monitoreo, control y evaluación para cada objetivo estratégico planteado.

**Conclusiones:** La Planificación Estratégica representó ser una metodología de gran utilidad para el desarrollo institucional y puesta en marcha del Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de Padre Las Casas, lo cual podría respaldar su difusión para otras instituciones del sector salud.

**Palabras claves:** PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA, REHABILITACIÓN, DISCAPACIDAD, REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, GESTIÓN EN SALUD, ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE.

## 1. Introducción.

La rehabilitación es una de aquellas disciplinas cuya evolución, desarrollo y reconocimiento en el área de la salud, ha sido relativamente reciente en relación a otras como la enfermería o la misma medicina, a pesar que en la historia sí se la reconoce desde los tiempos de las grandes civilizaciones de la antigüedad o incluso antes. Solo en el año 1968 la Organización Mundial de la Salud (OMS), por medio del segundo informe elaborado por el comité de expertos reunidos en Ginebra, define a la rehabilitación como un *“conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles”* (1). El objetivo en sí que busca la rehabilitación es alcanzar el máximo nivel de funcionalidad e independencia en las personas, con el mínimo grado de discapacidad y complicaciones durante el logro de este objetivo. Por definición misma, la rehabilitación es un proceso interdisciplinario, coordinado entre diversos actores, muchas veces complejo y de largo aliento.

En la actualidad se estima que el 15% de la población mundial vive con alguna condición que genera discapacidad (9). De hecho, se estima que la prevalencia de esta condición será cada vez mayor debido principalmente al incremento del envejecimiento de la población y también al aumento de las condiciones crónicas no transmisibles como enfermedades cardiovasculares y de salud mental. Sin duda, la discapacidad no es algo ajeno a nuestro diario vivir, por lo tanto, es considerada cada vez más como una condición que experimentaremos en algún momento de nuestras vidas o en la de algún cercano.

Los determinantes sociales, tales como la condición socioeconómica y la educación, por ejemplo, ejercen un mayor impacto en las personas con discapacidad en comparación con quienes no poseen esta condición. Esto se ve reflejado en peores niveles de salud, mayores condiciones de pobreza y

vulnerabilidad junto a escasa participación social. Los nuevos paradigmas nos llevan a entender que la situación de discapacidad de una persona significa comprender más allá de su condición de salud o funcionalidad en particular, sino que es el resultado de la interacción entre ella y su entorno físico, ambiental, social y político, en donde muchas veces se encuentran los mayores obstáculos.

Como país, nuestra condición no es muy distinta al contexto antes descrito. Del mismo modo, asumir este nuevo paradigma ha representado tener que impulsar acciones y estrategias que favorezcan las condiciones de vida y desarrollo pleno de nuestros ciudadanos en esta situación. A partir del año 2008, con la ratificación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), nuestro país ha asumido en forma paulatina y gradual el desarrollo de un modelo centrado en las personas, el respeto de sus derechos y el fomento de su independencia y autonomía, el cual representa tener que abandonar los clásicos conceptos de caridad y asistencialismo asociados a esta temática, en pos de generar las condiciones que permitan a las personas con discapacidad su plena inclusión social y una efectiva igualdad de oportunidades, sin ningún tipo de barrera para con el resto de la sociedad.

Sin duda, estos nuevos escenarios plantean desafíos y cambios en las estructuras y procesos, a los cuales debe adecuarse cada nivel de acción del aparato estatal y cada una de las instituciones y actores involucrados, especialmente nuestros sistemas socio-sanitarios, así como cada uno de los procesos inherentes al funcionamiento de éstos. De igual modo, cabe destacar el papel relevante, y en gran medida complejo, que se debe jugar a nivel local para una efectiva articulación y ejecución de las políticas nacionales. Es precisamente en los programas de rehabilitación física implementados en la Atención Primaria de Salud (APS) o en los servicios sociales de un municipio, en donde las Personas en Situación de Discapacidad (PsD) tienen el primer contacto con acciones y

prestaciones, así como en el ejercicio de sus derechos, convirtiendo a este nivel en un punto clave y vital en el logro de la inclusión social efectiva. Quizás uno de los datos que mejor refleje esta compleja situación es aquel que informó la Encuesta Nacional de la Discapacidad en el año 2004 respecto al acceso a rehabilitación integral de la población discapacitada: solo el 6,5 % de los discapacitados chilenos han accedido en el último año a un servicio integral de rehabilitación (3).

Es este contexto en particular el que motiva el desarrollo del presente trabajo. Facilitar el acceso a la rehabilitación desde el nivel local puede ser esa llave que disminuya las brechas y permita superar las barreras e inequidades que desfavorecen a las PsD. Este desafío es aún mayor si consideramos contextos locales más complejos y vulnerables, como los que caracterizan a muchas comunas de la Región de la Araucanía. El desarrollo de acciones en salud pública mediante el adecuado uso de las herramientas de gestión y planificación estratégica aplicadas al campo de la rehabilitación, podrían ser de utilidad e impacto para generar esas condiciones facilitadoras que garantizan el derecho a la inclusión social de todas las personas, sin discriminación o barreras que se lo impidan.

## **2. Marco Teórico.**

A continuación, se presenta el marco teórico que sustenta el fundamento y posterior desarrollo de este proyecto de tesis. En primer lugar, describiremos los conceptos generales y la epidemiología de la discapacidad, debido a que es necesario reconocer la dimensión e implicancias que representa esta condición para la sociedad en general y también en nuestro contexto. Luego, abordaremos el tema de la rehabilitación, y en específico nos referiremos al modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), el cual ha sido una de las respuestas más recomendada por los organismos internacionales para que las Personas en Situación de Discapacidad puedan disfrutar del más alto estándar en salud, sin discriminación alguna, tal como lo establece la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (4).

### **2.1. Discapacidad: Consideraciones generales.**

La discapacidad y su conceptualización, como elemento constitutivo de las sociedades y de la condición humana, ha transitado por un camino lleno de obstáculos actitudinales y culturales a lo largo de la historia, siendo la exclusión social y la discriminación, los principales denominadores a través de los tiempos.

La belleza y la fuerza eran características relevantes y predominantes en las culturas de la antigüedad, y por lo tanto todo aquello que fuera considerado “fuera de lo normal” no era visto con buenos ojos, a pesar que se distinguen algunas excepciones. En los antecedentes más remotos que hacen referencia a esta temática, encontramos que en las sociedades más primitivas las personas con discapacidad eran asesinadas, ya que no podían valerse por sí mismos, y por lo tanto, no poseían capacidades para subsistir y para aportar al grupo social al

cual pertenecían (5). Ya en los tiempos de las grandes civilizaciones, siguieron nuevas perspectivas respecto al rol de las personas discapacitadas, como por ejemplo el carácter mítico que asociaron Platón y Aristóteles en la antigua Grecia, o la discriminación que sufrían en Esparta en el siglo IX a.C que condenaba por ley a la muerte de los recién nacidos débiles o deformes (6). Para los egipcios, las personas con discapacidad eran consideradas “seres especiales” que debían estar al servicio de los faraones, y para los romanos eran consideradas como objetos de comercio para la diversión y también eran mutilados para crear lástima y así poder mendigar, pero por otro lado, ellos mismos establecieron las primeras medidas para personas necesitadas y crearon el primer hospital del cual se tenga información (7). Para la cultura hebrea, el poseer una discapacidad era considerado un pecado o un castigo por haber incurrido en alguno, pero con el advenimiento del cristianismo, los discapacitados fueron considerados personas “a imagen y semejanza de Dios”, y por lo tanto fueron tratados como personas con dignidad. En la Edad Media, con el surgimiento de las primeras corrientes del humanismo, los discapacitados ya no eran condenados a desaparecer de la sociedad, pero seguían siendo vistos como objeto de rechazo, lástima, discriminación y burlas por el resto de las personas. En las culturas de la América precolombina, la discapacidad era muy asociada a lo divino y lo sobrenatural, pero con la llegada de los españoles este concepto fue derivando hacia las prácticas traídas por los conquistadores.

En el siglo XVII, como consecuencia de la marginación que existía, se crearon los primeros asilos que entregaban amparo y asistencia sanitaria (6). Luego, en el siglo XVIII, la sociedad empezó a reconocer en forma gradual, la responsabilidad que le cabía en la asistencia social organizada hacia las Personas en Situación de Discapacidad (5). Como reflejo de aquello, surgieron en Europa escuelas e instituciones dedicadas a la atención e instrucción de este grupo social, principalmente niños con discapacidades sensoriales. Con el desarrollo de la era industrial y la expansión comercial del siglo XIX, las personas con discapacidad

fueron incorporadas a pequeñas labores y participaciones, no exentas de discriminación y condiciones poco dignas, como por ejemplo siendo parte de los circos como objetos de exhibición o realizando algunas destrezas aprendidas producto de la deficiencia que poseían, lo que para algunos autores representan los primeros antecedentes de la incorporación al mundo laboral de las Personas en Situación de Discapacidad debido al trato más humano que recibían (6).

Con el surgimiento de los temas sociales, el reconocimiento de derechos y el desarrollo de una mayor sensibilidad en ciertos grupos de la sociedad como resultado de la moral, el amor al prójimo y la igualdad que infundía la religión, las personas con discapacidad fueron adquiriendo una mayor visualización como grupo social. Pero no fue hasta la mitad del siglo XX y tras la finalización de la II Guerra Mundial, que encontramos un reconocimiento formal y concreto hacia la discapacidad, primeramente en base a la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el año 1948, para luego dar paso al desarrollo de declaraciones, normas e instructivos impulsados desde la institucionalidad internacional, liderados por la Organización de Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Sin duda, este momento en la historia marcó un punto de inflexión gravitante en lo que se refiere a la discapacidad y todo lo que ella representa para la sociedad en su conjunto hasta nuestros días, en donde aún existen brechas por acortar en busca de la plena igualdad de oportunidades e inclusión social efectiva para las Personas en Situación de Discapacidad.

Como hemos visto en este contexto histórico previamente descrito, la evolución del concepto de discapacidad ha sido dinámica y marcada por los obstáculos y la exclusión de toda asistencia y participación social. Sobre esta base, y como producto de los distintos enfoques y corrientes de pensamiento, se han definido los principales modelos conceptuales que sustentan en la actualidad el concepto de discapacidad (8) y que se describen a continuación.

- **Modelo Individual:** En este modelo, el postulado principal se centraba exclusivamente en la patología, distanciando a la persona de toda circunstancia socio-cultural. La discapacidad era definida como una situación desventajosa para un individuo determinado como consecuencia de una deficiencia, que limita o impide el desempeño de un rol que en su caso, debería ser normal, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales.
- **Modelo Social:** Para este modelo, la discapacidad es definida como una desventaja o limitación de la actividad causada por una organización y estructura social que tiene una escasa consideración por las personas con deficiencias, y por lo tanto, las excluye de la corriente principal de las actividades sociales. Este modelo está sustentado en la Teoría de la Normalización, la cual enfatiza el derecho de las Personas en Situación de Discapacidad a vivir junto a sus familias y en un entorno natural, siendo preparados y apoyados para enfrentar los desafíos y obstáculos que representa vivir en sus comunidades. A pesar que este modelo representa un cambio relevante de enfoque en relación al Modelo Individual, no consigue desligarse de la supuesta normalidad biomédica.
- **Modelo Bio-psico-social:** Este modelo es el resultado de una mayor comprensión de las barreras y obstáculos a los cuales deben enfrentarse las Personas en Situación de Discapacidad. Considera la dimensión ambiental y social de la discapacidad, basando su definición en los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual distingue tres niveles: i) deficiencias en las funciones y estructuras; ii) limitaciones en la actividad y, iii) restricciones en la participación. El Modelo Bio-psico-social ha sido complementado con el actual enfoque centrado en los derechos humanos de las personas con

discapacidad, el que se basa en la dignidad intrínseca del ser humano y después, en las características médicas de la persona, situando al individuo en el centro de todas las decisiones que le afectan, y lo que es aún más importante, sitúa el “problema” principal fuera de la persona, en la sociedad. Con este enfoque, la discapacidad deriva de la falta de sensibilidad hacia la diversidad que representan las Personas en Situación de Discapacidad, por lo cual el Estado tiene la responsabilidad de hacer frente a los obstáculos creados socialmente, a fin de garantizar el pleno respeto de la dignidad y la igualdad de derechos de todas las personas.

- **Modelo Social de Discapacidad:** La puesta en vigor en el año 2008 de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, marca un punto de inflexión relevante en el contexto internacional en el trato social y las políticas públicas dirigidas por los gobiernos hacia la discapacidad, ya que el enfoque de derechos humanos se materializa en un instrumento jurídico e institucional hacia los países miembros que ratifican esta convención internacional.

De esta forma, se reconocen derechos fundamentales respaldados bajo un marco jurídico internacional, lo cual determina hoy en día que el concepto de discapacidad sea un concepto dinámico y en evolución y que es definido como *“el resultado de la interacción entre las Personas en Situación de Discapacidad y el entorno actitudinal y físico de la sociedad, lo cual determina una participación plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás”* (4).

Una vez conocido el contexto y la evolución de la conceptualización de la discapacidad hasta nuestros días, se hace necesario revisar y comprender la dimensión epidemiológica de esta temática, y el impacto que ella representa en el desarrollo de las sociedades modernas.

## **2.2. Epidemiología de la discapacidad.**

Si no ha sido fácil concebir el concepto de discapacidad y todo lo que ello implica, poder medir y determinar su impacto en las poblaciones, ha sido una tarea aún más compleja. Solo en los últimos años se ha logrado un mayor conocimiento, principalmente como producto de los cambios paradigmáticos y del reconocimiento jurídico internacional de los derechos de las Personas en Situación de Discapacidad, lo cual ha sido reflejado en la paulatina incorporación de esta temática en los censos y estudios poblacionales. Sin duda, lograr determinar las tasas o prevalencias de las deficiencias asociadas a la discapacidad, es importante sobre todo al momento de planificar y diseñar servicios específicos o iniciativas a favor de la prevención y la no discriminación de la discapacidad, pero no es suficiente para lograr comprender el real impacto y dimensión de ella si la entendemos como el resultado en la vida cotidiana de la interacción entre las condiciones de salud, las barreras y facilitadores del entorno de las personas.

En este sentido, el reciente Informe Mundial sobre la Discapacidad, publicado en el año 2011 por la OMS y el Banco Mundial (9), representa un instrumento sumamente relevante no sólo en la comprensión de la dimensión de esta temática, sino que sus recomendaciones son vitales para el desarrollo institucional y de políticas públicas que cada gobierno desee emprender a favor de la discapacidad en sus poblaciones.

### **2.2.1. Situación Mundial.**

Lo primero que debemos consignar es que la tendencia de la situación de discapacidad en el mundo está en alza, principalmente por el aumento en la esperanza de vida en las poblaciones, lo que conlleva un mayor riesgo de sufrir una discapacidad a mayor edad de las personas, así como también por el

aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como por ejemplo las enfermedades cardiovasculares, las cuales representan una fuerte causa de discapacidad física, asociada a secuelas de accidentes cerebrovasculares o la amputación de extremidades en pacientes diabéticos.

Según lo reportado por el Informe Mundial sobre la Discapacidad, se estimó para el año 2010 más de mil millones de personas en el mundo que poseen alguna discapacidad, lo que representa el 15% aproximadamente de la población mundial, cifra muy superior al 10% estimado por la misma OMS en el año 1970 (9). Otro aspecto relevante a considerar es la distribución de la discapacidad entre poblaciones vulnerables. De acuerdo a lo reportado por OMS en la Encuesta Mundial de Salud (9), la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de bajos ingresos, en los ancianos, en las mujeres y en las personas del quintil más pobre.

Entre los determinantes de la salud que se consideran relevantes en estos resultados, podemos mencionar el ingreso económico de las personas, el nivel educacional y la situación laboral. De esta forma, una persona con bajos ingresos, cesante y con bajo nivel de educación se encuentra en una situación de mayor riesgo de ser afectado por algún tipo de discapacidad, tanto transitoria como permanente.

Entre los principales antecedentes epidemiológicos a nivel mundial que podemos mencionar, se encuentran los reportados por la Encuesta Mundial de Salud y por el estudio de Carga Mundial de Morbilidad, ambos estudios usados como principales fuentes en el Informe Mundial sobre la Discapacidad. Cabe señalar que ambos estudios presentan limitaciones metodológicas en lo que respecta a discapacidad, lo cual hacen diferir en sus resultados, por lo tanto, no son definitivos y solo representan la mejor información disponible hasta el momento:

- Según la Encuesta Mundial de Salud, en el año 2004, se estimó que la tasa media de prevalencia de discapacidad en personas mayores de 18 años es de un 15,6 % (650 millones de personas), presentando tasas menores en países de altos ingresos y tasas mayores en países de menores ingresos. La tasa media de prevalencia para personas mayores de 18 años que presentaban dificultades graves se estimó en 2,2 % (110 millones).
- Según las estimaciones basadas en el Estudio de Carga Mundial de Morbilidad de la OMS, la prevalencia de la discapacidad moderada o grave en el mundo para el año 2004 sería de un 19,4 % (975 millones de personas). La discapacidad grave se estimó en un 3,8 % (190 millones de personas) de la población mundial. Del mismo modo, se estimó que un 5,1% (95 millones) de la población mundial entre 0 y 14 años, poseía una condición de discapacidad moderada o grave.

### **2.2.2. Situación en Latinoamérica.**

La situación en América Latina no es muy distinta al resto del mundo. Un mayor desarrollo humano y tecnológico, asociado al aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad, están favoreciendo el envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de las patologías crónicas propias de este cambio epidemiológico, lo que se refleja en una mayor tendencia hacia el aumento en las tasas de prevalencia de discapacidad. En relación a la medición de la discapacidad, este aspecto no es distinto al contexto mundial, ya que los instrumentos usados en cada país poseen distintos enfoques y elementos, lo cual no permite una adecuada comparación y por lo tanto, no son

definitivos. A pesar de lo anterior, se han estimado algunos datos relevantes respecto a la situación latinoamericana de la discapacidad (10):

- En América Latina, existen aproximadamente 85 millones de Personas en Situación de Discapacidad.
- Se estima que al menos un cuarto de la población en América Latina se encuentra afectada directa o indirectamente por la situación de discapacidad de algún familiar, amigo o personas cercanas.
- La situación de las personas con discapacidad se caracteriza por extrema pobreza, tasas elevadas de desempleo, acceso limitado a los servicios públicos de educación, atención médica, vivienda, transporte, legales y otros. En general, su posición social y cultural es marginada y de aislamiento.
- El 50% de la población en situación de discapacidad en América Latina posee edad para trabajar. Sin embargo, los altos niveles de pobreza y desempleo en la población general, así como la directa relación entre pobreza y discapacidad, hacen que la situación de las personas con discapacidad en la región sea mucho más grave, ya que la mayoría están desempleadas o excluidas del mercado laboral.
- Entre las causas de discapacidad en la región, aparte de compartir los mismos orígenes con el resto del mundo (enfermedades crónicas, malformaciones congénitas, accidentes, etc), América Latina posee situaciones de discapacidad relacionadas con enfermedades infecciosas y parasitarias, algunas deficiencias nutricionales y problemas durante el embarazo y al momento del parto.

- Del mismo modo, es importante señalar algunas importantes causas ambientales relacionadas con la discapacidad en América Latina, entre las cuales pueden mencionarse el uso de plaguicidas en el sector agrícola, con el consecuente riesgo sobre el desarrollo de algunas enfermedades congénitas, y los conflictos armados en algunas zonas, con el efecto de secuelas físicas y psicológicas para la población.

En líneas generales, la situación de discapacidad en América Latina es aún compleja, ya que se encuentra condicionada a los grandes determinantes sociales de la situación de salud que afectan a la población en general, principalmente la pobreza y falta de acceso a servicios básicos, siendo marcada por un cambio epidemiológico hacia los perfiles que presentan los países desarrollados. Existen grandes inequidades y barreras para la inclusión en las diversas áreas de la sociedad, como por ejemplo el acceso al pleno empleo, a la asistencia sanitaria adecuada en rehabilitación y a la educación. En los últimos años, los gobiernos americanos están paulatinamente incorporando legislaciones y políticas públicas a favor de las Personas en Situación de Discapacidad, basadas en los nuevos paradigmas y enfoques de derechos humanos.

### **2.2.3. Situación en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).**

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que agrupa a 34 naciones caracterizadas por un destacado desarrollo económico y social, ha considerado a la discapacidad como uno de los temas relevantes de abordar para lograr el crecimiento y desarrollo de los países en el mundo. La OCDE es un espacio de cooperación y coordinación en donde los gobiernos pueden compartir y comparar sus experiencias, buscando respuestas a problemas

comunes e identificando las mejores prácticas con el fin de coordinar políticas públicas nacionales e internacionales.

La situación de discapacidad y sus condicionantes asociados, está cada día tomando más relevancia y protagonismo en las agendas políticas y económicas de muchos de los países miembros de la OCDE, principalmente como un elemento indicativo en materia educacional, laboral, desarrollo social y económico de los gobiernos. Por medio de diversas publicaciones y revisiones temáticas producto de estos espacios de diálogos y cooperación técnica entre los países, la OCDE ha planteado diversos antecedentes relevantes y conclusiones que nos permiten comprender mejor la relación entre la discapacidad y el desarrollo económico y social de las naciones (11):

- La prevalencia de discapacidad en edad laboral es alta en la mayoría de los países de la OCDE. En toda la OCDE, uno de cada siete personas en edad laboral (20 a 64 años) consideran que poseen una enfermedad crónica, un problema de salud o una discapacidad que dificulta su vida diaria, llegando a más de uno de cada cinco personas en algunos países.
- En los países de la OCDE, las tasas de discapacidad son notablemente más altas entre los grupos sociales con menores logros educacionales. El promedio es de 19%, en comparación con 11% entre los que tienen mejores niveles educacionales, lo cual ratifica la directa relación entre discapacidad y nivel educacional.
- En la mayoría de los países de la OCDE, se informa que las mujeres tienen una incidencia más alta de discapacidad que los hombres.
- La situación de discapacidad es mucho más frecuente que el desempleo en los países de la OCDE, y el gasto en prestaciones por discapacidad es dos

veces mayor que el gasto en prestaciones por desempleo, llegando incluso entre 5 a 10 veces más en algunos casos, especialmente en los países de habla inglesa y en los nórdicos.

- El gasto en prestaciones por discapacidad se ha convertido en una carga importante para las finanzas públicas en la mayoría de los países de la OCDE, ascendiendo al 2% del PIB en promedio en la OCDE, y con una tendencia de hasta un 4-5% en países como Noruega, los Países Bajos y Suecia.
- En promedio, el 6% de la población en edad de trabajar depende de las prestaciones de invalidez, y hasta un 10 a 12% en algunos países del norte y del este de Europa.
- Las tasas de empleo de las personas con discapacidad, son en promedio un 40% más baja en comparación con los niveles generales de empleo en el resto de la población de los países miembros de la OCDE.
- En temas de salud mental y discapacidad, la OCDE ha planteado su preocupación por el sustancial aumento en la mayoría de los países miembros, en relación al número de solicitudes de beneficios sociales asociados a discapacidad por patologías de salud mental, principalmente en personas jóvenes.
- La OCDE considera que el elemento más importante para un cambio profundo en las políticas de la discapacidad, consiste en reforzar los incentivos financieros de todos los actores involucrados para promover un mismo objetivo: aumentar las oportunidades de empleo para las personas con discapacidad.

El contexto económico y social en el que se desarrollan las políticas públicas relacionadas a la discapacidad, ha evolucionado rápidamente durante la última década. Estos cambios están creando a la vez oportunidades y nuevos desafíos para las Personas en Situación de Discapacidad en los países de la OCDE. Por una parte, la reducción de las tasas de natalidad y el envejecimiento proyectados para la mayoría de los países de la OCDE para las próximas décadas, son una razón para incentivar el aumento de las tasas de actividad entre las Personas en Situación de Discapacidad, lo cual será importante para asegurar el futuro de la oferta de trabajo. Por otro lado, el mercado del trabajo, los cambios en la tecnología y la globalización pueden haber afectado la situación de discapacidad en la población, disminuyendo las perspectivas de empleo e inclusión socio-laboral y contribuyendo a los altos índices de beneficiarios sociales asociados a la condición de discapacidad en los países de la OCDE. Sin duda, estos argumentos orientan a pensar que es mejor invertir (económica y socialmente) en la inclusión social y laboral de las Personas en Situación de Discapacidad, que pagar beneficios sociales y costos asociados para lograr mantener o mejorar la calidad de vida de las personas.

#### **2.2.4. Situación en Chile.**

A la vista de los antecedentes reportados por el contexto mundial, latinoamericano y la OCDE, Chile no escapa a los perfiles hasta aquí descritos, considerando las dificultades para medir y estimar esta temática en la población. Nuestro país ha asumido paulatinamente el abordaje de la discapacidad de acuerdo a la evolución de los modelos propuestos en el mundo, siendo un punto importante de inflexión la ratificación en el año 2008 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, lo cual plantea en forma clara el deber de avanzar en la consolidación de un modelo

centrado en los derechos humanos, la inclusión social e igualdad de oportunidades en la sociedad chilena para ellos.

En nuestro país, a partir del año 2000 con diversos instrumentos se ha tratado de estimar la prevalencia de la discapacidad, siendo aún esta información no muy precisa debido a la distinta naturaleza de cada fuente. A pesar de lo anterior, existe concordancia en reconocer a las Personas en Situación de Discapacidad como el grupo social más vulnerable en la sociedad chilena. Según el primer Estudio Nacional de la Discapacidad, el cual utilizó la Clasificación Internacional del Funcionamiento (ENDISC – CIF), estimó en el año 2004 que el 12,9% de la población chilena vive con discapacidad. En cambio, el Censo del año 2002 pesquisó que el 2,2% de la población sufría alguna condición de discapacidad. Una información más actualizada, es la que entrega la encuesta CASEN 2006, la cual estima en un 6,9% la prevalencia de la discapacidad en Chile, lo cual representa que el 20,3% de los hogares chilenos viven con algún integrante en situación de discapacidad (12).

De acuerdo al estudio ENDISC – CIF del año 2004 (13), el cual significó un avance relevante en la forma de medir la discapacidad, ya que se sustenta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se destacan algunos antecedentes que grafican la situación de la discapacidad en Chile:

- Del 12,9% de la población chilena que presenta una discapacidad, el 7,2 % presenta una discapacidad leve para realizar sus Actividades de la Vida Diaria (AVD), como comer por sí solos o vestirse. El 3,2 % presenta una discapacidad moderada (necesitan apoyo para realizar gran parte de las AVD) y un 2,5 % de la población presenta una discapacidad severa, lo cual representa una severa limitación en la realización de las AVD requiriendo ayuda y cuidado de una tercera persona, generalmente del sexo femenino.

- Según tipo de discapacidad, las más prevalentes corresponden a aquellas de tipo físico (31,3%) seguidas de las visuales (19%). En menor porcentaje se encuentran las de tipo visceral, auditivas e intelectuales.
- Las principales patologías que producen discapacidad en los chilenos son las asociadas al sistema músculo-esquelético y el tejido conectivo (16%), seguido de las patologías que afectan al sistema circulatorio (13,7%).
- En cuanto a la distribución por género y edad, cabe señalar que las mujeres presentan una mayor prevalencia (58,2%) en comparación con los hombres (41,8%), y que la mayor cantidad de personas con discapacidad se ubica entre los 30 y 64 años (51%), señalando también que los mayores de 29 años representan el 86,1% de la población discapacitada en Chile.
- En relación a la distribución por nivel socioeconómico, el 94,9 % de las Personas en Situación de Discapacidad en nuestro país presentan niveles bajos y medios, y solo el 5,1 % presenta un alto nivel socioeconómico.
- Otro de los aspectos relevantes a considerar en este estudio, es el acceso a prestaciones en salud. El 67,1 % de las Personas en Situación de Discapacidad ha recibido atención básica en salud y solo el 40,6 % ha recibido algún tipo de servicio de diagnóstico.
- Un aspecto central en relación a la discapacidad, es el acceso a la rehabilitación. Según este estudio, en el año 2004 solo el 6,5 % de las Personas en Situación de Discapacidad habían recibido un servicio de rehabilitación, lo cual refleja una de las mayores inequidades que finalmente determina fuertemente un mayor riesgo de vulnerabilidad de este grupo social.

- Otro de los factores centrales que determinan una mayor vulnerabilidad de las personas con discapacidad, es el acceso al sistema educativo. La brecha educacional que revela este estudio dice relación a que el 9,8 % de las Personas en Situación de Discapacidad no poseen estudio alguno; el 42,7 % posee educación básica incompleta; el 13,2 % ha cursado la enseñanza media en forma satisfactoria y solo el 6,6 % ha accedido a educación superior, logrando titularse solo el 2,1 % (el 14,2 % de las personas sin discapacidad logra titularse).
- En materia laboral, los datos indican que el 70,8 % de las Personas en Situación de Discapacidad mayor de 15 años, no realizan algún trabajo remunerado, y por lo tanto, no logran generar ingresos autónomos.
- Al consultar por la percepción que poseen las personas discapacitadas acerca de la accesibilidad al entorno que les rodea, el 33,3 % de las personas consideran que tienen algún grado de dificultad para desplazarse en la calle debido a obstáculos físicos del entorno (mal estado de veredas, falta de rampas, edificios sin acceso a Personas en Situación de Discapacidad, etc).

Otro instrumento que ha reportado antecedentes respecto a la situación de la discapacidad en Chile, es la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), de la cual se disponen datos del año 2011 (14). A pesar que este último instrumento posee datos más recientes que el estudio ENDISC – CIF del año 2004, la CASEN posee diferencias metodológicas al momento de indagar sobre la situación de discapacidad de la población, ya que considera en forma parcial el concepto de discapacidad basado en la CIF tal como lo recomienda la OMS, centrando su análisis en condiciones de salud de larga duración y las limitaciones para realizar actividades producto de este estado de salud, excluyendo la dimensión relacionada con las restricciones a la interacción y

participación de las personas. Considerando estos aspectos metodológicos, la información más relevante que puede aportar la encuesta CASEN del año 2011 en relación a la situación de la discapacidad en Chile es la siguiente:

- Del total de personas encuestadas que manifestaron tener problemas de salud de larga data, el 42,5% se ubican en los 3 primeros deciles de ingreso, lo cual se correlaciona con lo expresado por el estudio ENDISC – CIF del año 2004.
- En relación al nivel educacional de la población con problemas de salud de larga duración, el 19,4% manifiesta no poseer estudios formales y el 30,6% tiene estudios incompletos de nivel básico. El 14,1 % tiene enseñanza media completa y solo el 7,1% logró acceder a la educación superior.
- En materia laboral, el 78,1% de las personas mayores de 15 años con problemas de salud de larga duración se encuentran inactivos económicamente al momento de ser consultados, lo cual es muy concordante en relación al 70,8% expresado por el estudio ENDISC – CIF.
- El 33,6% de las personas con problemas de salud de larga duración, manifestaron presentar algún tipo de dificultad para realizar Actividades de la Vida Diaria en forma autónoma (comer, vestirse, ir al baño, etc).

Los cambios epidemiológicos por los cuales están pasando las sociedades, incluida la chilena, demuestran que la tendencia, principalmente en los países desarrollados y en vías de serlo, es hacia un aumento en la esperanza de vida con los consiguientes efectos asociados al envejecimiento de la población, como por ejemplo el aumento de las patologías y condiciones de salud crónicas. Esto sin duda, plantea nuevos escenarios para los sistemas sanitarios y sociales de cada

nación, los cuales deberán implementar, adaptar y flexibilizar sus acciones pensando en los cambios que se avecinan, siendo uno de los focos de especial atención las Personas en Situación de Discapacidad y las barreras asociadas que impiden la inclusión social y goce pleno de sus derechos, tal como todas las personas en medio de una sociedad moderna, justa y en igualdad de oportunidades.

Después de haber revisado la epidemiología y la situación de la discapacidad en el mundo, en Latinoamérica, la OCDE y en nuestro país, ahora es necesario consignar algunos conceptos referentes a la relación entre la discapacidad y la inclusión social, ya que esta última es el resultado óptimo y deseable de todas las acciones emprendidas a favor de las personas en esta situación, y por lo tanto representa el objetivo final que busca el desarrollo de esta tesis.

### **2.3. Discapacidad e Inclusión Social**

El título de la Ley 20.422, promulgada el año 2010 en nuestra legislación, indica claramente los dos conceptos esenciales que inspiran dicha ley a favor de las Personas en Situación de Discapacidad: la igualdad de oportunidades y la inclusión social. Este último concepto ha surgido fuertemente de la mano del desarrollo de programas, acciones y políticas sociales, basados en los nuevos paradigmas de los derechos humanos, con el objeto de brindar oportunidades a los grupos sociales marcados principalmente por la pobreza, la discriminación y las desigualdades, para lograr así el pleno desarrollo humano de todas las personas.

El concepto de inclusión social es relativamente nuevo. Ha sido promovido especialmente desde la Unión Europea, quienes la han definido como un *“proceso que asegura que aquellos en riesgo de pobreza y exclusión social, tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar completamente en la vida económica, social y cultural disfrutando un nivel de vida y bienestar que se considere normal en la sociedad en la que ellos viven”* (15). Por lo tanto, para poder entender este proceso, debe existir conciencia de la situación inversa: la exclusión social. Esta condición es comprendida cuando establecemos una base de comparación entre las circunstancias que afectan a una persona o grupos de personas en relación a otras, considerando un contexto determinado y colocando el énfasis en el derecho de toda persona a participar, desarrollarse y vivir en medio de una comunidad.

Cuando observamos a la discapacidad como condición, esta no escapa a los determinantes que generan la exclusión social, sino que todo lo contrario, ella es la característica central. Por lo tanto, el objetivo ideal que debiera buscar toda acción, programa o política centrada en derechos humanos, es lograr la inclusión social de la Personas en Situación de Discapacidad. Pero, esta afirmación solo ha sido concebida en estos últimos años, producto de la evolución de los mismos conceptos de discapacidad e inclusión social y del desarrollo de modelos sociales y el enfoque de los derechos humanos.

Las primeras bases conceptuales de la relación entre discapacidad e inclusión social, la situamos desde la Teoría de la Normalización, la cual fue definida en el año 1959 por N. Bank-Mikkelsen, por aquel entonces Director del Servicio Danés para el Retraso Mental, como *“la posibilidad de que los deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible”*. Este principio tuvo buena aceptación entre los diversos actores e instituciones involucradas principalmente en el trabajo con personas con discapacidad intelectual, expandiéndose rápidamente en Europa y Norteamérica. A principios de

la década del setenta, W. Wolfensberger amplía el concepto, entregando una apreciación más didáctica, definiéndolo como *“la utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos, métodos, etc), para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud, etc.) sean al menos tan buenas como las de un ciudadano medio, y mejorar o apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc.), apariencia (vestido, aseo, etc.), experiencias (adaptación, sentimientos, etc.), estatus y reputación (etiquetas, actitudes, etc.)”* (16).

El concepto de normalización fue evolucionando principalmente desde su aplicación exclusiva a las personas con discapacidad intelectual, para luego ampliarse a todas las personas sin importar el tipo de discapacidad, y desde un desarrollo de acciones en el ámbito educativo a incluir todos los aspectos del sistema de vida de las personas y el medio que les rodea. De esta forma, durante la década de los años setenta, el concepto de normalización fue adquiriendo mayor protagonismo en el sustento de las políticas públicas a favor de las personas con discapacidad, siendo el principal resultado de esta evolución el llamado “Informe Warnock”, redactado el año 1978 en el Reino Unido, y en el cual se plantea el principio de “integración” en el ámbito escolar, declarando que *“todos los niños tienen el derecho a asistir a la escuela ordinaria de su localidad, sin posible exclusión”*. Esto sin duda, marca un hito importante, ya que se reconocen los derechos de los niños con discapacidad a ser parte de un sistema educativo, el cual debe realizar las acciones pertinentes para facilitar el desarrollo de ellos en este ámbito. Pero, el concepto de integración no solo quedó acotado a lo educativo, ya que pronto este concepto fue incorporado a las acciones desarrolladas por otros ámbitos, como el laboral o social. Durante el transcurso de la década de los años ochenta, términos como “integración laboral”, fueron tomando mayor importancia en la agenda política e institucional que buscaban entregar mayores condiciones de desarrollo y participación para las personas con discapacidad, pero se seguía reconociendo que las dificultades estaban solo en

las personas, las cuales debían requerir condiciones especiales y adaptaciones para integrarse a un grupo o entorno “normal”.

Otro punto de inflexión relevante en el camino desde la integración hacia la inclusión, es la organización por parte de la UNESCO en el año 1994 de la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, la cual se realizó en la ciudad de Salamanca, España. Durante el desarrollo de esta conferencia, fue creciendo con fuerza la idea de avanzar más allá de lo planteado hasta el momento por los conceptos de normalización e integración en el ámbito escolar, reconociendo los valores de la no discriminación, la provisión a todos los niños de las mejores condiciones y oportunidades en el sistema educativo y la participación por igual de todos los niños en actividades apropiadas a cada edad. Finalmente, el concepto de inclusión escolar fue ampliamente aceptado, y posteriormente fue socializado hacia el plano social, al igual que lo sucedido con el concepto de integración. Es así, que hoy podemos reconocer conceptos tales como inclusión laboral, inclusión educacional o inclusión social, en forma clara y explícita en el vocablo de las políticas y acciones a favor de las Personas en Situación de Discapacidad.

La inclusión social se define, pues, en contraposición al fenómeno de exclusión social, centrado no en las personas con discapacidad, sino en todos los sujetos, y principalmente en los elementos estructurales políticos, económicos, sociales e históricos que la generan. En resumen, la inclusión social implica al menos los siguientes elementos (17):

- Un régimen de derechos humanos reconocidos y garantizados para las personas con discapacidad.
- El desarrollo de una cultura social inclusiva que valore lo diferente como elemento inherente a la condición humana.

- La existencia de mecanismos efectivos de participación que permita construir y/o recuperar lazos con la sociedad, ejercer roles y ocupar posiciones en sus sistemas.

Hasta este punto en el desarrollo del marco teórico de la presente tesis, ya hemos descrito los temas y aspectos más relevantes para comprender la situación de la discapacidad, pasando desde la conceptualización y el impacto social que representa en todos los contextos, hasta llegar al concepto de inclusión, el cual representa el máximo objetivo que deben propender todos los actores de la sociedad en su conjunto, si ésta aspira a ser justa, equitativa y con oportunidades para el desarrollo de cada persona o grupo. El puente que enlaza la realidad de la discapacidad con el ideal de la inclusión, está representado por la rehabilitación, y en forma más específica, por el modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad, el cual hoy en día es ampliamente aceptado como la vía institucional más efectiva para lograr la inclusión social de las Personas en Situación de Discapacidad. En los siguientes apartados, haremos una descripción general de los procesos que involucra la rehabilitación, para luego profundizar en la comprensión del modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad.

#### **2.4. Rehabilitación: Consideraciones generales.**

Para que las personas con discapacidad tengan una calidad de vida aceptable y la puedan mantener, se requieren acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación funcional e inclusión social. La rehabilitación es un componente fundamental de la salud pública y es esencial para lograr la equidad, pero también es un derecho fundamental y, por lo tanto, una responsabilidad social (10).

Históricamente, el concepto de rehabilitación ha sido considerado como una respuesta a la situación de discapacidad de las personas, y por lo tanto, ambos conceptos han evolucionado de la mano, sufriendo similares transformaciones en su concepción hasta nuestros días. Se ha definido a la rehabilitación como un proceso por el cual cada paciente que es afectado por una condición de salud que provoca una alteración en su funcionalidad, sea temporal o permanente, logra la mayor compensación posible de los efectos y consecuencias que podría provocar esa condición para el desempeño de los roles que le son propios por su edad, sexo y situación socio-cultural. A través de este proceso la persona desarrolla su potencial, en las esferas biológicas, psicológicas y sociales, y a su vez la sociedad realiza ajustes para reducir o eliminar las barreras que se interpongan a su integración (18).

Ya en el año 1968, la OMS define a la Rehabilitación como *“el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles”*. El Comité de Expertos de la OMS, en la Serie de Informes Técnicos 688 del año 1981, los cuales abordaron temáticas como incapacidad, prevención y rehabilitación, coincidió en las siguientes definiciones:

- La Rehabilitación incluye todas las medidas destinadas a reducir el impacto de las condiciones de incapacidad y minusvalía y hacer posible que las personas incapacitadas y minusválidas alcancen la integración social.
- El objetivo de la Rehabilitación no es sólo el entrenar a personas incapacitadas y minusválidas a adaptarse a su entorno, sino también el intervenir en su entorno inmediato y en la sociedad para facilitar su integración social.

- Las personas incapacitadas y minusválidas, sus familias y las comunidades en las que viven, deben participar en la planificación y puesta en marcha de servicios relacionados con la Rehabilitación.

En la actualidad, el concepto de rehabilitación es amplio e incluyen tanto acciones que ayudan a las personas a poder desarrollar habilidades y lograr el máximo funcionamiento posible (condiciones de discapacidad de origen congénito por ejemplo), como también poder volver a recuperar o mantener la máxima funcionalidad perdida producto de una condición de discapacidad adquirida. La rehabilitación trata de mejorar el funcionamiento individual, por ejemplo, aumentando la capacidad de una persona de comer y beber por sus propios medios. La rehabilitación incluye también la introducción de cambios en el ambiente de la persona, por ejemplo, mediante la instalación de una rampa en el acceso a su hogar.

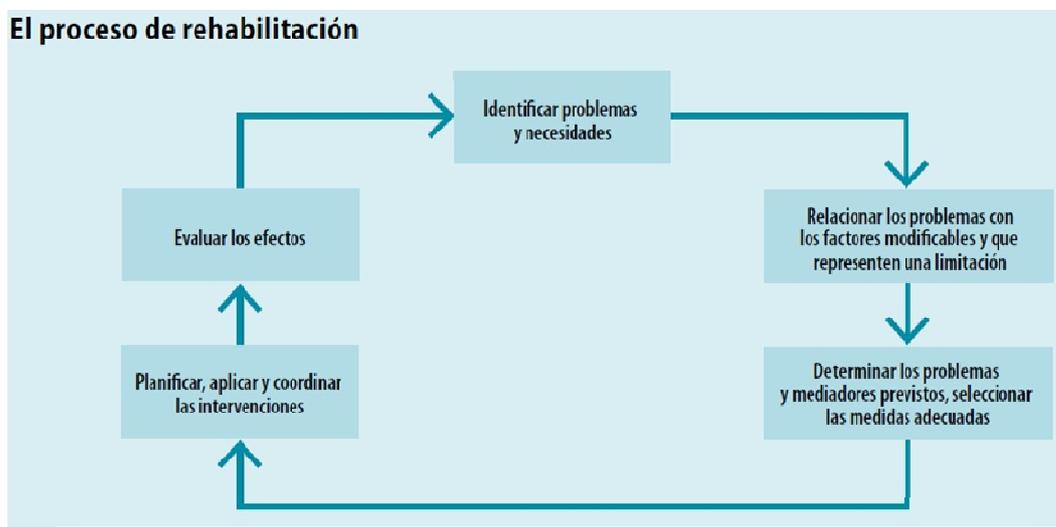
La rehabilitación reduce el impacto de una gran variedad de condiciones de salud. Normalmente, tiene lugar durante un período de tiempo determinado, pero puede implicar una intervención única o varias por parte de una persona o un equipo de profesionales de la rehabilitación, y puede resultar necesaria desde la fase aguda o inicial que sigue inmediatamente al reconocimiento de un problema de salud, hasta las fases posteriores y de mantenimiento.

Cuando comprendemos a la rehabilitación como un proceso, conceptualmente podemos identificar cinco etapas, las cuales comparten el mismo concepto de discapacidad propiciado por los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y que las podemos graficar en la ilustración 1.

La rehabilitación como disciplina del área de la salud, comprende un amplio rango de prestaciones clínico-terapéuticas y acciones tendientes a lograr el

máximo potencial de las capacidades afectadas en los pacientes frente a una condición de salud. Esta amplia gama comprende prestaciones tales como: cirugías reparadoras, prevención secundaria, acciones ortopédicas, diversas modalidades de fisioterapia, habilitación funcional y ocupacional, entrega y entrenamiento en órtesis y ayudas técnicas, programas de integración laboral y educativa, por nombrar algunos.

### Ilustración 1: El proceso de la rehabilitación.



*Fuente: Versión modificada del ciclo de rehabilitación. Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011.*

La génesis de evidencia científica en este campo de la salud es compleja debido a los múltiples y diversos factores y condiciones involucradas, sumado a la dificultad para comparar intervenciones y resultados. A pesar de ello, durante los últimos años ha aumentado el nivel de desarrollo de estudios e intervenciones que respaldan la efectividad de la rehabilitación en diversas condiciones de salud.

Entre las principales recomendaciones que respaldan los procesos de rehabilitación, podemos citar los siguientes:

- La rehabilitación debe ser considerada como un proceso continuo e integrado que va desde la atención hospitalaria hasta su desarrollo en el ambiente comunitario y próximo al entorno del paciente (19).
- Si comienza en una etapa temprana, la rehabilitación logra mejores resultados funcionales para casi todas las condiciones de salud asociadas con la discapacidad (20 - 21 - 22).
- Los procesos de rehabilitación pueden mejorar los resultados sanitarios y reducir costos al abreviar la permanencia en el hospital (23).
- Desarrollar procesos de rehabilitación, no necesariamente costosos, puede disminuir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas (20 – 23).

Comprender y desarrollar acciones a favor de la rehabilitación de las Personas en Situación de Discapacidad, no obedece a un único actuar desde la mirada de un sistema de salud, sino que por el contrario, debe involucrar una sinergia desde la intersectorialidad, debido a que los determinantes de la condición de discapacidad en las personas, no pueden ser reducidos a un problema de salud en específico, sino que deben articularse acciones a nivel social, educativo y comunitario que busquen la generación de oportunidades, la eliminación de todo tipo de barreras y la inclusión de las personas sin discriminación alguna. Para cumplir estos objetivos y dar respuesta a las necesidades planteadas, la rehabilitación ha tenido que ampliar su rango de respuesta mucho más allá de lo estrictamente sanitario, mediante el desarrollo de un modelo que busque generar un amplio sustento para la construcción de

habilidades y capacidades desde el ambiente comunitario en donde viven las personas. La Rehabilitación Basada en la Comunidad, ha demostrado ser la estrategia a seguir, siendo ampliamente aceptada y difundida por expertos y organizaciones internacionales, basando sus recomendaciones en satisfactorias experiencias realizadas y en la evidencia científica disponible. En el siguiente eje temático, abordaremos con mayor detalle este modelo y su desarrollo para el contexto de la presente tesis.

#### **2.4.1. Modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).**

El desarrollo de la rehabilitación como una disciplina del área de la salud, ha sido básicamente una respuesta a los problemas y desafíos que plantea la situación de discapacidad en las personas. Esta respuesta se ha reflejado más evidentemente como un efecto a las consecuencias de ciertos sucesos históricos en las últimas décadas de la humanidad, como lo han sido las grandes guerras mundiales y los conflictos armados en ciertas zonas del mundo, ya que la gran mayoría de los sobrevivientes a ellos, debían requerir de procesos de rehabilitación para superar las secuelas físicas producto de las heridas y traumas sufridos.

Es claro que las acciones tendientes a satisfacer las necesidades y derechos de las personas con discapacidad, deben ser diversas e integrales. Debido a esto, se hace necesario incentivar iniciativas costo-efectivas en el contexto de manejo de estas personas. Es así que las experiencias reportadas por los modelos de RBC han sido una buena e interesante alternativa en comunidades de bajos recursos, mejorando el acceso a servicios sanitarios y sociales, favoreciendo la equidad y las oportunidades de desarrollo en la sociedad (9).

El origen de este modelo de atención se remonta a principios de la década del ochenta por iniciativa conjunta de la Organización Internacional del trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con la declaración de Alma – Ata en 1978, se había propiciado un favorable escenario para el desarrollo de nuevas estrategias centradas en la Atención Primaria de Salud (APS), identificando a las Personas en Situación de Discapacidad como uno de los grupos poblacionales prioritarios. En sus inicios, la OMS comenzó a impulsar la RBC como un método para la prestación de servicios, el cual hacía un uso óptimo de los establecimientos de APS y de los recursos existentes en cada comunidad, buscando acercar estos centros de salud y servicios de rehabilitación a las Personas en Situación de Discapacidad, especialmente en países de bajos ingresos. Los primeros programas de RBC se enfocaban principalmente en la fisioterapia, los dispositivos de asistencia personal y las intervenciones médicas y quirúrgicas. Algunas también introdujeron actividades recreativas y oportunidades de subsistencia mediante capacitación de destrezas o programas de generación de ingresos (24).

A medida que fue avanzando la década de los ochenta, la RBC se fue expandiendo por diversos países, especialmente en aquellos de bajos ingresos, multiplicando las experiencias y prácticas realizadas en diversas condiciones por los equipos locales, propiciándose el desarrollo de algunas publicaciones que orientaran y apoyaran el accionar de los nuevos programas que se sumaban a esta estrategia. Al comenzar la década de los noventa, y a medida que fue creciendo el número de programas de RBC, hubo cambios en la manera de conceptualizarla, reflejado esencialmente en el reconocimiento de la necesidad de un enfoque multisectorial, lo cual se manifestó en la publicación del primer documento de Posición Conjunta sobre RBC por parte de la OIT, UNESCO y OMS en el año 1994.

Otro hito relevante en el desarrollo actual de la RBC, es la Consulta Internacional de Helsinki (Finlandia) del año 2003, en la cual la OMS convocó a diversas instituciones y organizaciones, con el fin de revisar hasta ese momento el desarrollo de la estrategia de RBC. Las conclusiones principales de esta consulta, enfatizan la necesidad de que los programas de RBC deban enfocarse principalmente en:

- Reducir la pobreza, ya que ella es un determinante social clave y a la vez representa un claro resultado de la situación de discapacidad en las personas y sus familias.
- Desarrollar y fortalecer la colaboración multisectorial y la participación de la comunidad.
- Incluir a las organizaciones de Personas en Situación de Discapacidad en los programas de RBC.
- Aumentar la escala de los programas de RBC.
- Promover la práctica basada en la evidencia.

En el año 2004, OMS, OIT y UNESCO deciden actualizar el Documento de Posición Conjunta sobre RBC redactado en el año 1994, sumando a ello las recomendaciones de la consulta de Helsinki obtenidas el año anterior. En este nuevo documento de posición conjunta, se destacan dos aspectos centrales para el desarrollo y la concepción actual de la RBC:

1. Se redefine a la RBC como *“una estrategia dentro del desarrollo general de la comunidad para la rehabilitación, la reducción de la pobreza, la equiparación de oportunidades y la inclusión social de todas las personas*

*con discapacidad, promoviendo la puesta en práctica de programas de RBC, mediante los esfuerzos combinados de las mismas personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones y comunidades y los servicios relevantes gubernamentales y no gubernamentales de salud, educación, servicios vocacionales, sociales y otros servicios” (25).*

2. Se enfatizan los conceptos de igualdad de oportunidades y eliminación de barreras mediante la necesidad de reconocer que las personas con discapacidad deben tener acceso a todos los servicios disponibles al igual que las demás personas en la comunidad, incluyendo servicios de salud comunal y los programas de salud infantil, bienestar social y educación. También, enfatiza los derechos humanos y pide actuar contra la pobreza, solicitar apoyo gubernamental y desarrollo de políticas nacionales.

Mediante el avance y posicionamiento de la RBC como una estrategia intersectorial, fue necesario el desarrollo de una matriz que ofreciera un marco común para los diversos programas existentes a favor de las Personas en Situación de Discapacidad. Esta matriz se muestra en la ilustración 2.

## Ilustración 2: Matriz modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad.



*Fuente: Guías para la RBC. Folleto introducción. OMS – OPS, 2012.*

Esta matriz consiste en cinco componentes claves (salud, educación, subsistencia, social y fortalecimiento), los cuales están subdivididos en cinco elementos. Se espera que los programas locales de RBC seleccionen las opciones y estrategias más pertinentes según sus necesidades y recursos disponibles. De esta forma, los programas de RBC debieran orientar sus acciones tanto al desarrollo de acciones específicas a favor de las Personas en Situación de Discapacidad, como a la gestión intersectorial para asegurar el acceso a servicios y beneficios específicos.

Debido a la naturaleza propia de este tipo de estrategias, uno de los mayores desafíos en el actual desarrollo de la RBC ha sido la demostración de su eficiencia y efectividad. Incluso, una de las principales recomendaciones del reciente Informe Mundial sobre la Discapacidad es la de reforzar y apoyar la investigación sobre discapacidad, con el objetivo de aumentar la comprensión pública acerca de esta problemática, informando las políticas y programas

desarrollados en esta área para así poder asignar los recursos de manera eficiente (9).

En este sentido, durante estos últimos 15 años se ha acrecentado la recopilación de evidencia científica que respalda el desarrollo de la RBC principalmente de la mano del aumento de programas y experiencias, con el consiguiente aumento en la cobertura y accesibilidad de las personas a este tipo de prestaciones. Entre las principales conclusiones reportadas, podemos citar:

- Los programas de RBC han sido identificados como efectivos (26,27) y hasta muy efectivos (28). Los resultados incluyen aumento en la independencia, más movilidad y muchas más destrezas de comunicación de las personas con discapacidad (29). También, hay indicios anecdóticos de la efectividad de costos de la RBC (26, 27, 28).
- Las revisiones sistemáticas sobre enfoques basados en la comunidad, en la rehabilitación de personas con lesión cerebral en países de elevados ingresos, indican que esos enfoques son por lo menos tan o más efectivos que los enfoques tradicionales y, además, tienen mayores resultados psicosociales y un mayor grado de aceptación por parte de las personas con discapacidad y sus familias (30, 31, 32, 33).
- Las intervenciones sobre subsistencia asociadas con la RBC han resultado en un aumento del ingreso para las personas con discapacidad y sus familias (34).
- En los ambientes educativos, se ha encontrado que la RBC contribuye con el ajuste e integración de los niños y adultos con discapacidad (28, 29, 26).

- Se ha encontrado que el enfoque de RBC facilita constructivamente la capacitación de los trabajadores comunales en la prestación de servicios (28).
- Como lo han demostrado investigaciones similares en países de altos ingresos, se ha encontrado que las actividades de RBC tienen resultado sociales positivos, para influir sobre las actitudes de la comunidad y para aumentar la inclusión social y el ajuste de las personas con discapacidad (28, 29, 26).

Actualmente la RBC constituye una práctica estratégica multisectorial, cuyos valores y principios rectores se basan esencialmente en los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad declarados en el año 2006. Los objetivos centrales de la RBC son impulsar el desarrollo de la rehabilitación en medio de la comunidad y en colaboración de ésta, la igualdad de oportunidades y la plena inclusión social de todas las personas con discapacidad. El éxito en el logro de los objetivos planteados por esta estrategia, radica en el esfuerzo conjunto entre las propias Personas en Situación de Discapacidad, sus familias, la comunidad, las organizaciones, los sistemas sanitarios, sociales y de educación (35).

Debido a la diversidad de actores involucrados en el desarrollo de esta estrategia, es de vital importancia reconocer ciertos elementos trazadores que deben estar presentes tanto en los niveles centrales como locales y que guíen el accionar en los distintos niveles, tales como un aumento en el apoyo y respaldo a nivel nacional mediante políticas, coordinación y asignación de recursos, así como también la voluntad de la comunidad a comprometerse con las necesidades de sus integrantes con discapacidad.

Antes de finalizar nuestro análisis, es necesario describir y comprender el actual desarrollo y contexto que ha tenido la discapacidad y la rehabilitación en nuestro país, y como las acciones institucionales, basadas en acciones sanitarias y sociales principalmente, han sido una respuesta a favor de la inclusión social de la personas con discapacidad. Comprender nuestro contexto, nos permite situarnos con facilidad en el escenario local que plantea el desarrollo de esta tesis.

## **2.5. Discapacidad y Rehabilitación en el contexto chileno.**

La rehabilitación es un área de reciente evolución, pero que ha tenido un creciente interés y desarrollo en el último tiempo. Si bien la oferta de servicios ha presentado un aumento y es diversificada en organismos que van tanto desde lo público hasta lo privado, aún es claramente insuficiente. Solo el 6,5% del total de población discapacitada, accedió a una rehabilitación integral en el año 2004 según la encuesta ENDISC – CIF (13).

La oferta pública está dada principalmente por los programas de rehabilitación coordinados desde el Ministerio de Salud (MINSAL) a través de los Servicios de Salud respectivos, distribuidos en el país en los centros de Atención Primaria de Salud (APS) y hospitales de diversa complejidad principalmente. Cabe mencionar que a nivel nacional existen solo dos centros hospitalarios (el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC) y el Instituto Nacional de Geriátrica Eduardo Frei Montalva) que son de referencia nacional, ambos ubicados en la Región Metropolitana, que cuentan con camas asignadas y con recurso humano especializado en prestaciones de rehabilitación con un manejo integral y un enfoque moderno e integrador. El modelo de rehabilitación integral a nivel de la APS y hospitales comunitarios, ha considerado para su desarrollo la estrategia de RBC, la cual en nuestro país ha sido el resultado de los esfuerzos

tanto del sector salud, educación y del trabajo local desarrollado por los municipios y la comunidad.

Este desarrollo ha sido progresivo, incorporando en algunos establecimientos de salud la estrategia completa, centrada principalmente en lograr aumentar la cobertura de atención y favorecer la inclusión social, y en otros partiendo por el abordaje de los síntomas osteomusculares para luego avanzar hacia una mayor consolidación de servicios y prestaciones hacia la comunidad (36). Cabe destacar el apoyo y el trabajo coordinado entre el MINSAL y los municipios locales con la Embajada de Japón en Chile, por medio del Programa de Asistencia para Proyectos Comunitarios de Seguridad Humana (APC) impulsado por esta embajada, el cual ha financiado una serie de proyectos de inversión para el desarrollo de las comunidades vulnerables, y que en su línea de salud ha tenido un fuerte apoyo hacia la construcción de Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) en diversas comunas del país. De igual modo, la incorporación de la estrategia de RBC en el desarrollo del modelo de atención con enfoque en salud familiar en la atención primaria, ha sido reflejada mediante la incorporación de las salas de RBC en el modelo médico-arquitectónico de los nuevos proyectos de Centros de Salud Familiar (CESFAM) en nuestro país. Estas salas tienen una superficie de 89 m<sup>2</sup> en aquellos CESFAM que tienen asignado una población de más de 20.000 inscritos. Estas salas están dotadas de un profesional Kinesiólogo y un profesional Terapeuta Ocupacional por 44 horas semanales cada uno, y también recursos para la adquisición de equipamiento e insumos.

El desarrollo de la oferta pública actual que presenta nuestro país, contempla la sinergia de las acciones impulsadas tanto por el MINSAL como por SENADIS, la cual está constituida por:

- 2 centros de alta complejidad (INRPAC e Instituto Nacional de Geriátría).
- 160 Hospitales tipo 2 reforzados con equipamiento.
- 63 Hospitales tipo 3 y 4 reforzados con recurso humano.
- 22 Equipos rurales de Rehabilitación.
- 96 CESFAM con salas de Rehabilitación Integral.
- 142 Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) desarrollando la RBC.

Dentro de las otras ofertas de rehabilitación, cabe mencionar el modelo público-privado de atención prestado por la Fundación Teletón a la población infantil y juvenil, representando un valioso aporte en disminuir las brechas de acceso y cobertura a estos grupos etarios. Existen otras instituciones privadas que enfocan sus prestaciones a condiciones de salud específicas y que generalmente no son cubiertas por el sistema público. Estas instituciones muchas veces son gestionadas por fundaciones, corporaciones y organizaciones no gubernamentales.

Desde la perspectiva institucional, Chile ha comprometido sus esfuerzos en lograr avanzar hacia políticas públicas más equitativas, eficientes y de acuerdo a normas internacionales propuestas por organismos como la ONU. Es así que, la dictación de la Ley 19.284 del año 1994 sobre Integración Social de las Personas con Discapacidad, abrió nuevos espacios ciudadanos en relación a esta temática. Luego en el año 1999, la promulgación de la Ley sobre Discapacidad y la Política Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad, contribuyó a sentar las bases institucionales haciendo presente las demandas y necesidades

de este grupo de la población, favoreciendo la incorporación a planes, programas y políticas que favorezcan y profundicen la participación social.

Con la ratificación en el año 2008 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, nuestro país dio un gran paso desde un enfoque asistencial hacia uno basado en los derechos de las personas, lo cual está reflejado en la actual normativa (Ley 20.422, del año 2010), la que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de la Personas con Discapacidad. La política pública chilena sobre discapacidad ha enfocado sus principales líneas de acción en diversas áreas, entre las que podemos mencionar: equiparación de oportunidades, prevención y rehabilitación, eliminación de barreras, adecuación de la gestión del Estado y la creación de instituciones estatales que se preocupen por las personas con discapacidad en Chile (12).

En concordancia con esta última línea, la creación del Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), actualmente denominado Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) y que posee dependencia desde el Ministerio de Desarrollo Social, ocupa un gran valor en el desarrollo e implementación de la política pública hacia la discapacidad. Este organismo es el encargado de velar por la igualdad de oportunidades, la inclusión social, el respeto de los derechos, la participación en el diálogo social y la accesibilidad de las personas con discapacidad y su entorno, a través de la asesoría, coordinación intersectorial y ejecución de políticas públicas. Entre sus principales acciones cabe destacar el financiamiento de ayudas técnicas y proyectos dirigidos a las personas con discapacidad, los cuales buscan favorecer la integración social por medio de la facilitación en el acceso a los procesos de rehabilitación, educación, trabajo, cultura, la recreación, los espacios físicos, entre otros (18).

A pesar que nuestro país ha logrado avanzar en esta materia, desarrollando acciones e iniciativas acordes a las necesidades especiales que plantea la población que sufre algún tipo de discapacidad, por ningún motivo se deben bajar los brazos. Entre las principales tareas a seguir trabajando se encuentran la disminución de las brechas, tanto en aquellas que pudieran afectar la plena integración social de las personas, así como en el acceso a servicios integrales de rehabilitación, con mayor énfasis en los grupos más vulnerables, fortaleciendo las acciones de prevención y promoción de la salud considerando los nuevos desafíos que planteará una población con mayores expectativas de vida y calidad de la misma.

## **2.6. Discapacidad y Rehabilitación en el contexto local: Región de la Araucanía y comuna de Padre Las Casas.**

### **2.6.1. Contexto Regional:**

La Región de la Araucanía se ubica en la zona sur de Chile, a 690 kilómetros de Santiago. Tiene una superficie de 31.842,3 km<sup>2</sup>, que representa el 4,2% del territorio nacional continental (42).

**Ilustración 3: Mapa Región de la Araucanía. División político-administrativa.**



*Fuente: Instituto Geográfico Militar. Disponible en [www.educarchile.cl](http://www.educarchile.cl).*

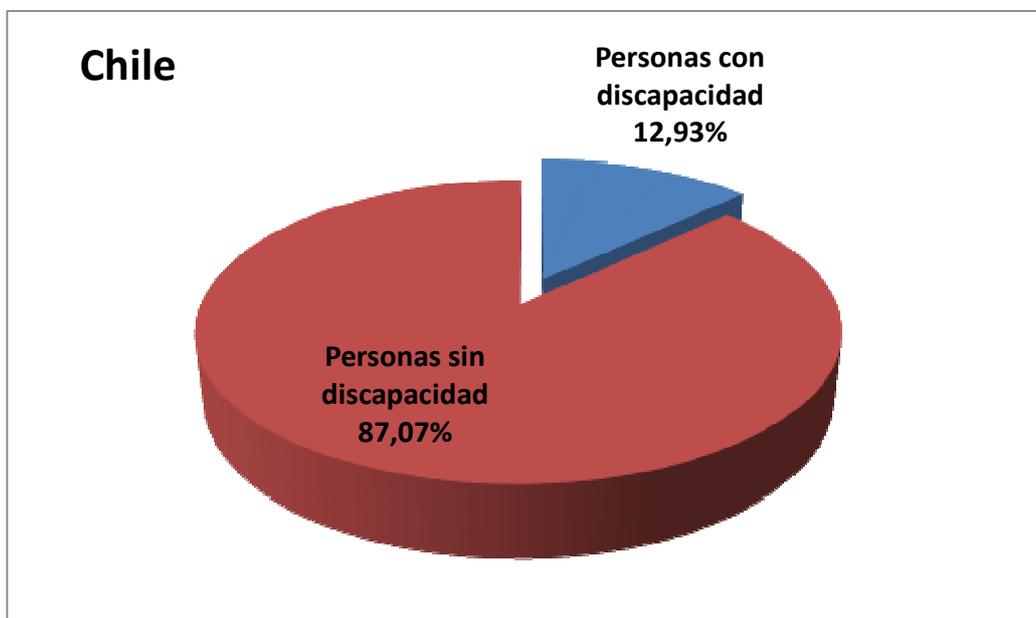
Según el Censo del año 2002, la región posee una población de 869.535 habitantes, distribuidos en 430.898 hombres y 438.837 mujeres, presentando un incremento de un 11,3% en relación al Censo de 1992, pero menor a la tasa de crecimiento país que alcanzó a 13,3% para igual período. Ocupa el sexto lugar en concentración de la población nacional con el 5.72% del total país (43).

La Región de La Araucanía se divide en 2 provincias: Cautín y Malleco. De éstas, la mayor concentración de habitantes corresponde a la provincia de Cautín con un 76,8% de la población total. Del total de la población, un 67,63% habita en

áreas urbanas y un 32,36% en áreas rurales, observándose un incremento paulatino y sostenido de la población urbana en contraste con la rural (43).

En relación a la situación de discapacidad en los habitantes de la Araucanía, los antecedentes más relevantes que se disponen corresponden a los resultados obtenidos en el Primer Estudio Nacional de Discapacidad en Chile (ENDISC) realizado en el año 2004 (3). Según los antecedentes reportados, la prevalencia nacional de discapacidad en nuestro país es de un 12.9% (2.068.072 personas), es decir, 1 de cada 8 chilenos y chilenas tiene algún grado de discapacidad (ilustración 5). A su vez, en la IX Región el 17,5% de la población regional (160.163 personas) presenta una situación de discapacidad, es decir 1 de cada 6 personas, lo cual representa claramente una mayor prevalencia regional en relación al nivel nacional.

**Ilustración 4: Prevalencia de discapacidad en Chile y Región de la Araucanía, año 2004.**



*Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC-CIF), año 2004.*

Si observamos la prevalencia regional de Personas en Situación de Discapacidad en comparación con el resto del país, denotamos que la Región de la Araucanía se encuentra en el segundo lugar a nivel nacional, siendo solo superada por la Región del Maule.

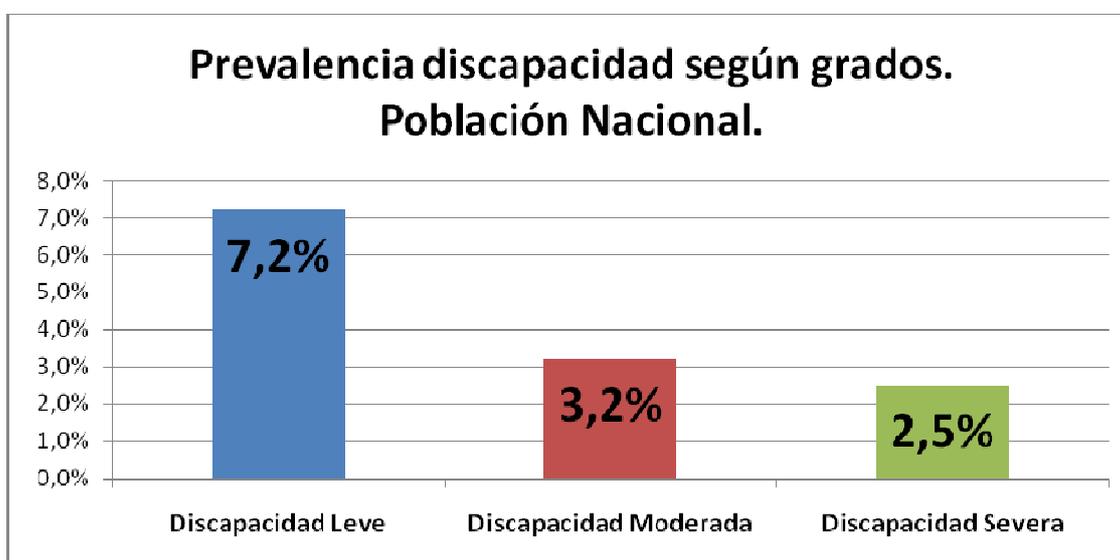
**Tabla 1: Prevalencia regional de personas con discapacidad. Tasa por 100 habitantes. Chile, año 2004.**

Región	Personas sin discapacidad		Personas con discapacidad		TOTAL
	N	%	N	%	
I	361.817	85,18 %	62.937	14,82 %	424.754
II	437.321	88,61 %	56.217	11,39 %	493.538
III	253.545	86,76 %	38.693	13,24 %	292.238
IV	531.034	86,81 %	80.683	13,19 %	611.717
V	1.494.040	91,47 %	139.399	8,53 %	1.633.439
VI	704.915	84,88 %	125.533	15,12 %	830.448
VII	778.471	82,23 %	168.251	17,77 %	946.722
VIII	1.714.510	84,89 %	305.132	15,11 %	2.019.642
IX	751.267	82,43 %	160.163	17,57 %	911.430
X	948.172	85,61 %	159.354	14,39 %	1.107.526
XI	87.310	86,60 %	13.507	13,40 %	100.817
XII	151.350	93,12 %	11.186	6,88 %	162.536
RM	5.717.049	88,44 %	747.017	11,56 %	6.464.066
<b>TOTAL</b>	<b>13.930.801</b>	<b>87,07 %</b>	<b>2.068.072</b>	<b>12,93 %</b>	<b>15.998.873</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC-CIF), año 2004.*

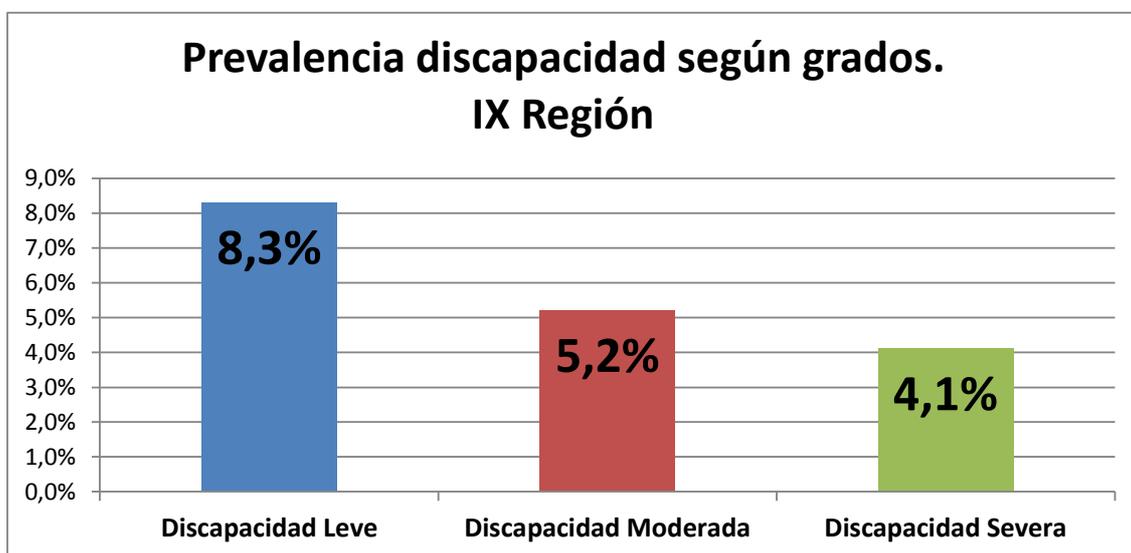
De acuerdo al grado de discapacidad, observamos que la discapacidad en la Región de la Araucanía es mayor en todos sus grados en comparación al contexto nacional (ilustración 5 e ilustración 6). El 8,3% de la población regional presenta una discapacidad leve (presenta alguna dificultad para realizar algunas Actividades de la Vida Diaria, pero es independiente, no requiere apoyo de terceros y puede superar gran parte de las barreras de su entorno). El 5,2% de la población regional presenta una discapacidad moderada (presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las Actividades de la Vida Diaria, llegando a requerir apoyo de terceros para realizar labores de autocuidado y supera con dificultad solo algunas barreras de su entorno). Finalmente, el 4,1% de la población regional presenta una discapacidad severa (presentan graves dificultades o están imposibilitados de realizar sus actividades cotidianas, requiriendo apoyo y asistencia de terceros, no logrando superar las barreras de su entorno o lo hace con mucha dificultad).

**Ilustración 5: Prevalencia de discapacidad según grados a nivel nacional. Año 2004.**



*Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC-CIF), año 2004.*

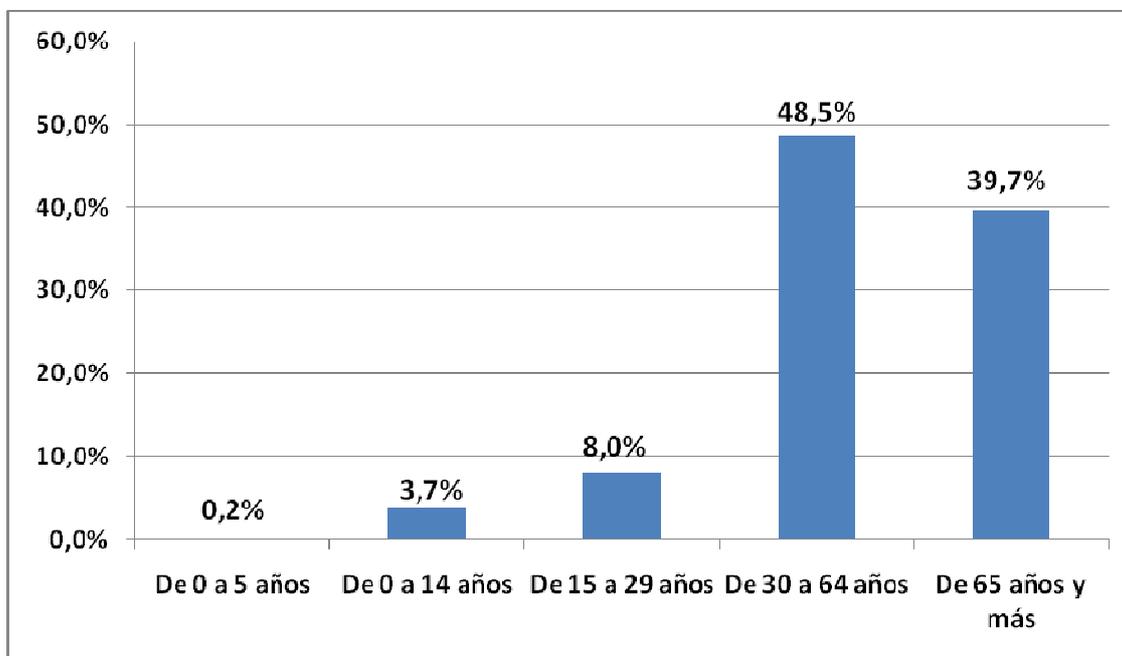
**Ilustración 6: Prevalencia de discapacidad según grados, Región de la Araucanía. Año 2004.**



*Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC-CIF), año 2004.*

Otro aspecto muy relevante a considerar, es la distribución de la discapacidad según rango etario (ilustración 7). El 88,2 % de la población con discapacidad en la Región de la Araucanía, tiene más de 29 años de edad. Esto refleja la importancia epidemiológica de focalizar acciones de prevención y tratamiento de la situación de discapacidad en los adultos y adultos mayores.

**Ilustración 7: Personas en Situación de Discapacidad por tramo de edad, Región de la Araucanía. Año 2004.**



*Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC-CIF), año 2004.*

Tal como fue expuesto anteriormente, la discapacidad está asociada fuertemente a una baja condición socioeconómica y, por lo tanto, la Región de la Araucanía no es la excepción. De hecho, más del 98% de las Personas en Situación de Discapacidad (PsD) en la Araucanía presenta una condición socioeconómica media o baja. Esto se explica porque las PsD y sus familias se ven generalmente excluidas de la vida social y económica y suelen quedar al margen de las medidas destinadas a combatir la pobreza formando un círculo vicioso de discapacidad y pobreza. A lo anterior, debemos agregar las propias características socioeconómicas que caracterizan a la región, marcadas por la pobreza, vulnerabilidad y desempleo.

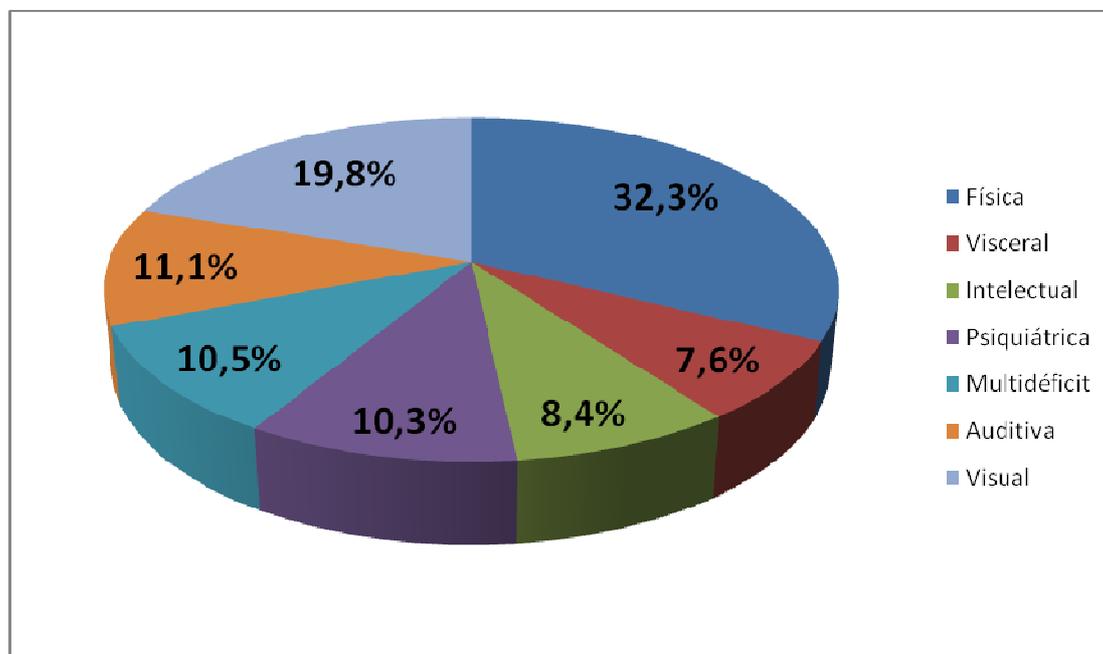
**Tabla 2: Personas en Situación de Discapacidad según condición socioeconómica. Tasas y distribución porcentual. Región de la Araucanía. Año 2004.**

	PsD			Población Regional	
	N	%	Tasa x 100 (PsD)	N	%
<b>CSE Baja</b>	116.549	72,77 %	22,0	527.727	57,90 %
<b>CSE Media</b>	41.904	26,16 %	11,9	351.050	38,52 %
<b>CSE Media Alta y Alta</b>	1.710	1,07 %	5,2	32.653	3,58 %
<b>Total</b>	<b>160.163</b>	<b>100 %</b>	<b>17,5</b>	<b>911.430</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC-CIF), año 2004.*

De acuerdo al tipo de discapacidad que presentan las personas en la IX Región, la mayor parte de ellas reportan que presentan una discapacidad física, lo cual representa el 32,3% del total de tipo de discapacidades (ilustración 8).

**Ilustración 8: Distribución de la discapacidad según tipo. Región de la Araucanía. Año 2004.**



*Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC-CIF), año 2004.*

En lo relativo al acceso a servicios para las Personas en Situación de Discapacidad, lo que más llama la atención es el bajo acceso a servicios de rehabilitación. En la IX Región solo el 5,1% de las Personas en Situación de Discapacidad han recibido rehabilitación en el último año, es decir, 8.198 personas, porcentaje por debajo de los que han accedido a nivel país, el cual se cifra en el 6.5%.

**Tabla 3: Acceso a servicios por parte de las Personas en Situación de Discapacidad, Región de la Araucanía. Año 2004.**

¿Ha recibido servicios?	N° de PsD	% de PsD
<b>Si</b>	<b>122.831</b>	<b>76,69 %</b>
Atención básica de salud	111.537	69,64 %
Servicio de diagnóstico	34.690	21,66 %
Rehabilitación	8.198	5,12 %
Entrega de ayudas técnicas	530	0,33 %
Atención Social	398	0,25 %
Consejerías	1.594	1,00 %
Educación	362	0,23 %
Beneficios sociales, pensiones, subsidios	0	0,00 %
Otros	1.114	0,70 %
<b>No</b>	<b>37.332</b>	<b>23,31 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>160.163</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC-CIF), año 2004.*

### **2.6.2. Contexto Comunal.**

La comuna de Padre Las Casas se sitúa en el corazón de la Región de la Araucanía, en la ribera sur del río Cautín. Limita al Norte con la ciudad de Temuco, capital regional. Su límite Sur es con la comuna de Freire, al Este con la comuna de Vilcún y al Oeste con la comuna de Nueva Imperial. El sector de Padre Las Casas fue fundado en el año 1899, pero su reconocimiento oficial como comuna solo ocurrió en el año 1994. Actualmente posee una superficie de 463,1 kilómetros cuadrados, ocupando el 1,25 % de la superficie regional. La zona urbana corresponde al 1% de superficie comunal y el 99% restante corresponde a zona rural, habitada principalmente por comunidades de la etnia mapuche. Según el censo del año 2002 y proyectado al año 2006, la comuna tiene una población de 58.795 habitantes, de los cuales un 57,3% vive en la zona urbana y un 42,7% en la zona rural (44). Las principales actividades económicas son la agricultura y la ganadería en la zona rural, en tanto que el comercio al por menor y la actividad industrial de pequeño y mediano tamaño representan las mayores actividades en la zona urbana. Según la encuesta CASEN del año 2009, el 35% de la población comunal se encuentra en situación de pobreza (44).

El acceso al sistema público de salud en la comuna de Padre Las Casas se sitúa bajo el contexto de acción de la red asistencial del Servicio de Salud Araucanía Sur, siendo el Hospital Regional Doctor Hernán Henríquez Aravena el principal centro de referencia de alta complejidad. Este establecimiento cuenta con un servicio de Medicina Física y Rehabilitación, el cual está conformado por Médicos Fisiatras, Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogo y Asistentes Sociales. Este equipo entrega prestaciones de rehabilitación a los pacientes hospitalizados y también en algunos casos en forma ambulatoria posterior al alta hospitalaria hasta la coordinación con la Atención Primaria de Salud para la continuidad de la atención.

La red local de salud está provista por la administración del Departamento de Salud Municipal, del cual tienen dependencia tres Centros de Salud Familiar (Atención Primaria de Salud) acreditados como centros con nivel de desarrollo medio según el modelo de salud familiar para nuestro país, y 6 dispositivos de salud o postas en la zona rural. En relación al sistema previsional de salud, 93,5 % de la población comunal está inscrita en el sistema público (44).

En cuanto a la oferta de servicios de rehabilitación para Personas en Situación de Discapacidad de la comuna, el Instituto Teletón de la Araucanía (ubicado en Temuco) entrega prestaciones integrales en forma oportuna y expedita a más del 90% de la población menor de 20 años que presentan una discapacidad física. En cambio, en personas mayores a esta edad, la rehabilitación física debe ser provista por el sistema de salud comunal, el cual cuenta con tres salas de rehabilitación músculo-esquelética de 15 m<sup>2</sup> aproximados cada una. En estas salas se entregan prestaciones ambulatorias y básicas para el manejo de las patologías músculo-esquelética más prevalentes en la población, tales como síndromes dolorosos agudos y crónicos de partes blandas, patologías leves de origen traumático, prevención de patologías osteo-degenerativas y promoción de la salud. El manejo de estas condiciones de salud requiere de acciones básicas en rehabilitación, brindadas esencialmente por un médico general y kinesiólogo, tienen buen pronóstico, alta resolutivez y la gran mayoría no genera una situación de discapacidad que pudiera afectar la calidad de vida de las personas.

Para el manejo de las patologías restantes que requieren rehabilitación, principalmente de origen neurológico y que generan un grado importante de discapacidad en la población, el Departamento de Salud Municipal posee un convenio extrapresupuestario con el Servicio de Salud Araucanía Sur desde el año 2012, el cual establece la conformación de un equipo de rehabilitación integral compuesto por una dupla profesional de Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional

(ambos con 44 horas semanales), quienes han desarrollado acciones de rehabilitación física en el domicilio de los usuarios con patologías de origen neurológico (Accidentes Cerebro Vasculares, Párkinson y Lesión Medular por ejemplo), todo bajo el modelo RBC. Finalmente, los usuarios que se encuentran en situación de discapacidad severa o postración, son atendidos en su domicilio por el Programa de Atención Domiciliaria (PAD), el cual cuenta con prestaciones integrales de salud, incluida la rehabilitación física provista por un kinesiólogo con jornada de 44 horas semanales.

En relación a la demanda por acceso a las distintas prestaciones de rehabilitación física según la patología de origen, ésta se logró determinar en el año 2011 mediante la confección de una lista de espera de pacientes válidamente inscritos en el sistema de salud comunal y que solicitaron prestaciones de rehabilitación por prescripción médica. En la tabla 4 se detallan los resultados más relevantes a considerar.

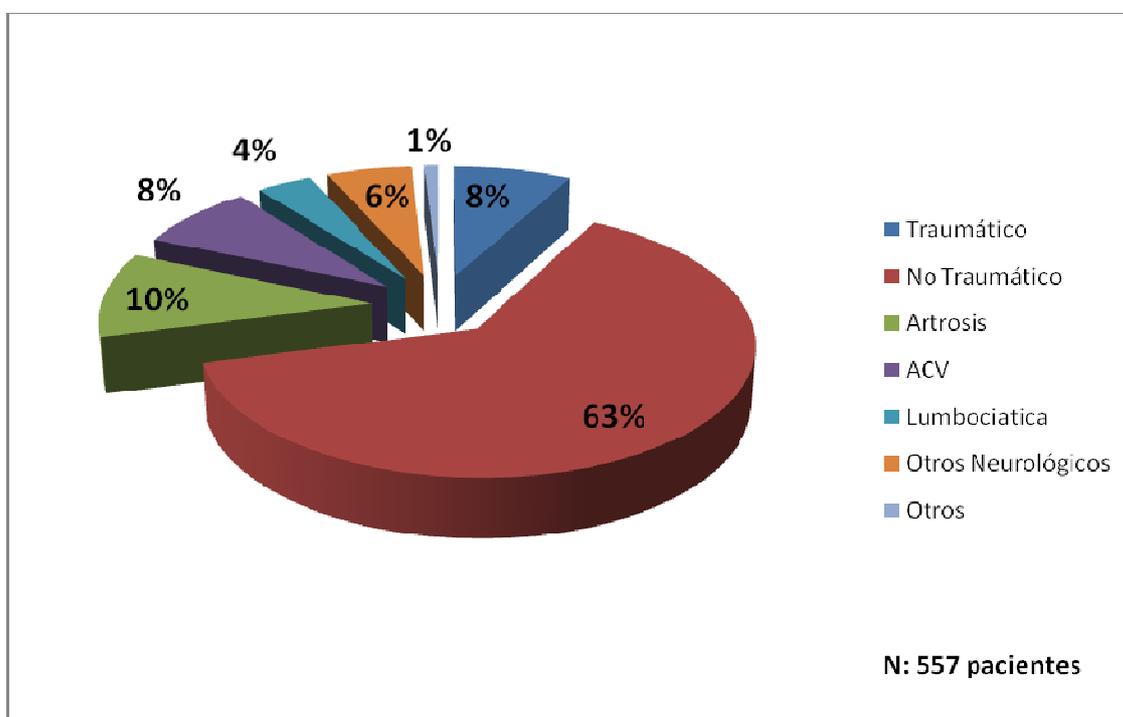
**Tabla 4: Sistematización lista de espera servicio de kinesiología, CESFAM Padre Las Casas. Año 2011.**

	CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	N° PACIENTES
1	SÍNDROME DOLOROSO DE ORIGEN TRAUMÁTICO	Patologías producto de un trauma como fracturas (con manejo conservador o quirúrgico), esguinces, luxaciones.	44 pacientes.
2	SÍNDROME DOLOROSO DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO	Patologías que afectan a los tejidos blandos, principalmente en columna y extremidades (lumbagos, tendinitis, bursitis, fibromialgia, etc).	351 pacientes.
3	ARTROSIS LEVE Y MODERADA DE RODILLA Y CADERA	Patología que afecta al cartílago articular en rodilla y cadera, diagnosticada con radiografía y que genera dolor e impotencia funcional.	59 pacientes.
4	SECUELA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	Pacientes con secuelas físicas producto de un ACV (reciente o antiguo) con necesidad de manejo en rehabilitación.	45 pacientes.
5	SÍNDROME LUMBOCIÁTICO	Pacientes con sintomatología aguda (dolor irradiado hacia las extremidades e impotencia funcional), con o sin confirmación diagnóstica por imagen, derivados para manejo conservador.	21 pacientes.
6	OTRAS PATOLOGÍAS DE ORIGEN NEUROLÓGICO.	Diversas patologías de origen neurológico (congénitas o adquiridas) que requieren neurorehabilitación, tales como Párkinson, secuelas de TEC, Lesión Medular, Esclerosis Múltiple, Mielitis, etc.	32 pacientes.
7	OTRAS PATOLOGÍAS	Condiciones que requieren apoyo específico para su manejo, como quemaduras, trastornos cognitivos leves adquiridos, deterioro senil.	5 pacientes
<b>TOTAL</b>			<b>557 pacientes</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a datos sistematizados de lista de espera servicio de kinesiología CESFAM Padre Las Casas, año 2011.*

Si observamos la distribución de la demanda según la clasificación de patologías que presentan las personas que solicitan prestaciones de rehabilitación física, podemos observar que la mayor demanda corresponde a síndromes dolorosos de origen no traumático (63%), principalmente patologías agudas y crónicas de partes blandas en hombro y columna lumbar (ilustración 9).

**Ilustración 9: Distribución porcentual de la demanda por prestaciones de rehabilitación física según clasificación de patologías, CESFAM Padre Las Casas. Año 2011.**

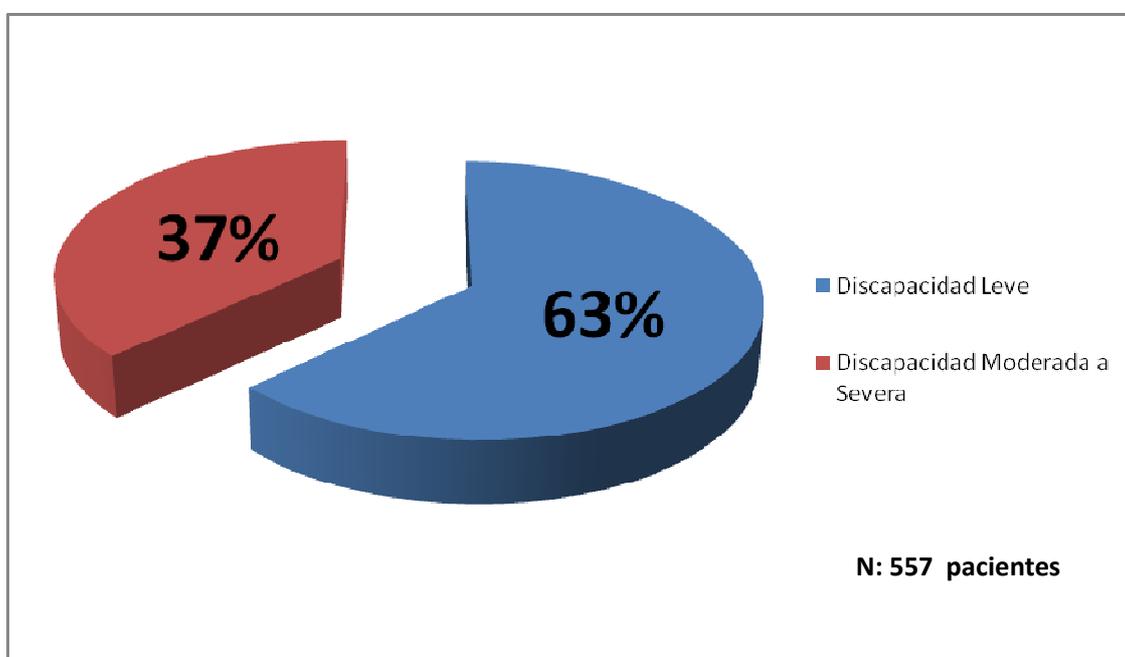


*Fuente: Elaboración propia en base a datos sistematizados de lista de espera servicio de kinesiología CESFAM Padre Las Casas, año 2011.*

En el siguiente gráfico (ilustración 10) podemos observar la distribución de la demanda por prestaciones de rehabilitación física según el grado de discapacidad (transitoria o permanente) que generan las diversas patologías clasificadas, determinando que la mayor parte de la demanda (síndromes

dolorosos de origen no traumático) corresponde a patologías que generan una discapacidad leve (63%). El resto de la demanda (37 %) corresponde a patologías (principalmente neurológicas) que generan discapacidad moderada a severa en las personas, y que requieren procesos de rehabilitación más oportunos, intensivos, multidisciplinarios y prolongados en el tiempo.

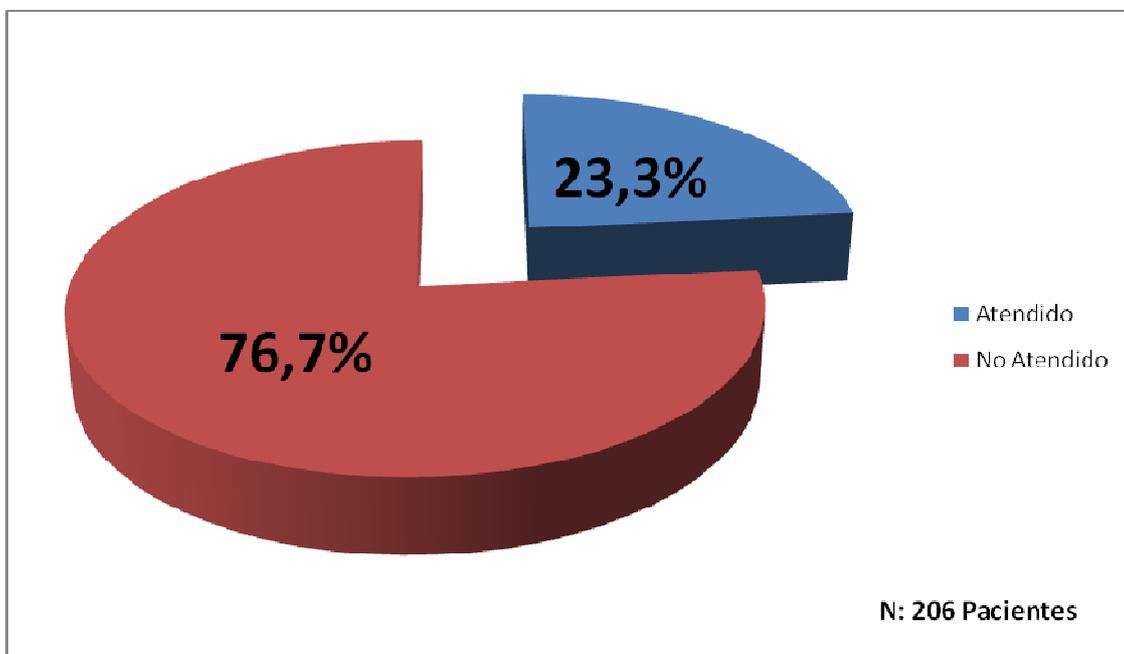
**Ilustración 10: Distribución porcentual de patologías según el grado de discapacidad, CESFAM Padre Las Casas. Año 2011.**



*Fuente: Elaboración propia en base a datos sistematizados de lista de espera servicio de kinesiología CESFAM Padre Las Casas, año 2011.*

Al centrarnos en las condiciones patológicas que generan una discapacidad moderada a severa, podemos observar en la ilustración 11 que solo el 23,3 % de las personas derivadas, logró acceder a recibir una atención básica en rehabilitación (consulta y tratamiento kinésico en sala de rehabilitación).

**Ilustración 11: Acceso a recibir atención de rehabilitación básica en personas con diagnósticos que generan discapacidad moderada y severa, CESFAM Padre Las Casas. Año 2011.**



*Fuente: Elaboración propia en base a datos sistematizados de lista de espera servicio de kinesiología CESFAM Padre Las Casas, año 2011.*

A pesar que la patología músculo-esquelética leve representa la mayor demanda por acceso a servicios de rehabilitación (63 %), es la patología de origen neurológico y algunas de origen traumático (37 %) las que generan más discapacidad e impacto sobre la calidad de vida de las personas y sus familias. Estas condiciones requieren de procesos de rehabilitación mucho más intensos y duraderos en el tiempo (6 a 12 meses en promedio en comparación a 1 mes que requiere el manejo de las patologías músculo-esqueléticas), además que deben ser integrales, con la participación de un equipo multidisciplinario compuesto básicamente por Médicos Generales y especialistas, Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos, Fonoaudiólogos y Asistentes Sociales. A esto hay que sumar la participación activa de la familia y la comunidad para generar acciones y

espacios efectivos para la inclusión social plena de todas las Personas en Situación de Discapacidad.

Pensando en el impacto social y sanitario que representa para las personas y sus familias el tener que vivir una situación de discapacidad, la comuna de Padre Las Casas decidió en el año 2012 impulsar un proyecto que vaya en directo beneficio de este grupo de la población: la construcción y puesta en marcha del primer Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de la comuna, con una inversión inédita para este tipo de proyectos que supera los 700 millones de pesos. El objetivo central de este centro es brindar cobertura de rehabilitación, bajo el modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad, a todas las Personas en Situación de Discapacidad física moderada a severa, mediante acciones sanitarias y sociales que sean integrales y eficaces con el fin de lograr la máxima inclusión social que sea posible para cada una de estas personas. Entre las principales características que posee este establecimiento es que cuenta con un diseño moderno, amplios espacios con accesibilidad universal para todos los usuarios en sus 533 mts<sup>2</sup>. Actualmente, este proyecto se encuentra en su etapa de implementación y se estima que pueda iniciar su funcionamiento a los usuarios en el mes de Noviembre del año 2015.

## **2.7. Resumen marco teórico y justificación de la tesis.**

La discapacidad es un tema que cada día ha concitado mayor sensibilidad e interés en las diversas esferas de la sociedad. Según la OMS, el 15 % de la población mundial se encuentra viviendo una situación de discapacidad, cifra con tendencia al alza arrastrada principalmente por el aumento tanto en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y sus efectos, como los cambios epidemiológicos asociados al mayor envejecimiento de la población.

Los conceptos de discapacidad y rehabilitación van más allá del clásico estereotipo social asociado a las personas que usan alguna órtesis o ayuda técnica, como una silla de ruedas por ejemplo, o una persona que ha sufrido una amputación de alguna extremidad o el drama que vive una familia de un niño con daño cerebral. Las dimensiones que pueden llegar a abarcar esta temática son más cercanas y habituales de lo que la mayoría de las personas pudieran pensar o percibir. Estas “otras dimensiones” no sólo comprenden las condiciones permanentes de discapacidad, sino que reconocen también a las condiciones transitorias así como las crónicas.

Del mismo modo, entender el concepto de discapacidad comprende ir más allá de la condición patológica o deficiente de las personas, sino que significa identificar el rol que juega el contexto y las barreras existentes en él y que muchas veces pueden impedir la participación, inclusión e igualdad de oportunidades para todas las personas, sin discriminación alguna. De esta forma, una persona que sufra una lesión músculo-esquelética como una fractura o tendinitis, una patología cerebrovascular o una simple patología degenerativa articular como la artrosis, puede encontrarse perfectamente en una situación de discapacidad, cuyo panorama podría ser aún más complejo si asociamos alguno de los determinantes

sociales de la discapacidad, como por ejemplo, el desempleo o una baja escolaridad.

Es así que la discapacidad es un tema no tan simple de abordar, y por lo tanto las acciones e intervenciones que se emprendan a su favor deben ser múltiples, interdisciplinarias e intersectoriales. Pero, estas iniciativas no sólo deben cumplir con ciertas características para su desarrollo, sino que también deben tener la fuerza y la capacidad de superar ciertas barreras que muchas veces se interponen para el logro de los objetivos, entre las cuales podemos mencionar políticas públicas y normas insuficientes, problemas de financiamiento, prejuicios sociales y creencias negativas, problemas de accesibilidad a lugares públicos y transportes, problemas en los servicios clínicos y sociales con falta de coordinación y accesibilidad a éstos (9).

Es quizás este último aspecto uno de los más críticos y en donde la presencia de los servicios de rehabilitación adquieren un mayor valor como ejes de acción frente a los desafíos que plantea la discapacidad en la población. Si bien progresivamente se ha incrementado el acceso, la calidad y la eficiencia de las prestaciones, la OMS ha estimado que solo entre el 2% y el 5% de las personas con discapacidad en el mundo acceden a una rehabilitación integral (9) y en nuestro país solo el 6,5 %. Sin duda, estos antecedentes representan una enorme brecha e instala esta temática como una de las materias centrales para avanzar por medio de políticas públicas con enfoque en los derechos humanos. Esta demanda insatisfecha por el acceso oportuno a servicios de rehabilitación, puede no sólo condicionar mayores deterioros del estado de salud de las personas, sino que también puede incidir sobre otras dimensiones de la vida de las personas y sus familias, como por ejemplo, limitaciones de integración a la sociedad, mayores índices de pobreza y peor calidad de vida.

A la luz de los recientes resultados planteados por el Informe Mundial de la Discapacidad, la OMS ha elaborado una serie de recomendaciones con el fin de disminuir estas brechas, fortaleciendo la igualdad y los derechos de todas las personas. Mejorar la inversión en programas focalizados a la población discapacitada, posibilitar el acceso a sistemas y servicios convencionales, adoptar planes de acción y estrategias basadas en las necesidades locales, fomentar la participación de las personas en la sociedad y la sensibilización de la misma, son algunas de las principales recomendaciones dadas por la OMS hacia los países con el fin de superar las limitaciones impuestas por la discapacidad a las personas (9). A pesar que el Estado chileno, tanto desde el Ministerio de Salud con el impulso al modelo RBC en el sistema de Atención Primaria de Salud, como desde el Ministerio de Desarrollo Social con el desarrollo paulatino de iniciativas lideradas por SENADIS bajo el amparo de la Ley 20.422, aún carece de una estructura sólida, adecuada y de carácter local que aborde en forma efectiva este tema.

El contexto local que rodea a la comuna de Padre Las Casas está dado fundamentalmente por ser la segunda comuna en la Región de la Araucanía (después de Temuco, capital regional) con mayor cantidad de habitantes, con una importante tasa de crecimiento poblacional en la región. En esta comuna conviven varios factores sociales que condicionan un escenario complejo: altos índices de pobreza y ruralidad, bajo nivel educacional, alta densidad poblacional en la zona urbana y condiciones socioculturales asociadas a la alta presencia de población de etnia Mapuche.

Asociado a lo anteriormente planteado, la principal problemática que existe a nivel local es una oferta insuficiente en prestaciones de rehabilitación en relación a la alta demanda no resuelta de patologías neurológicas o traumatológicas que generan una discapacidad moderada a severa en los habitantes de la comuna de Padre Las Casas. El reconocimiento de esta problemática por parte de los

gestores y autoridades locales, asimismo con el mayor impulso a nivel de Estado por el desarrollo e inversión en programas de RBC dentro del sustento normativo que faculta la Ley 20.422, han sido elementos determinantes y catalizadores para que el proyecto de contar con un Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR), hoy esté a las puertas de ser una realidad.

La justificación de la presente tesis está dada por la imprescindible necesidad de desarrollar un adecuado proceso de Planificación Estratégica en el contexto de la apertura de este establecimiento. El objetivo final de este proceso es diseñar un modelo de gestión que permita dar una adecuada cobertura y respuesta a la demanda por acceso a la rehabilitación física en usuarios con patologías neurológicas o traumatológicas que generan discapacidad moderada a severa en la comuna de Padre Las Casas. Este aspecto ha sido reconocido en forma relevante por varios estudios en los últimos años (37, 38), señalándose por ejemplo que la falta de una adecuada Planificación Estratégica de los servicios de rehabilitación, había dado lugar a distribuciones irregulares en la capacidad e infraestructura destinadas a dar respuesta a las necesidades requeridas por este tipo de instituciones.

Consideramos que una adecuada y pertinente Planificación Estratégica, sería una herramienta de gestión de gran valor e impacto para nuestra organización. Ella debería determinar los principales involucrados, posibles problemáticas y dificultades, y establecer los principales objetivos, indicadores y metas para nuestra institución y así superar las diversas brechas y dificultades que puedan existir al momento de iniciar la puesta en marcha de nuestro CCR. Este desafío se hace aún mayor debido a que no existen elementos orientadores, definidos y específicos, hacia el desarrollo de algún modelo de gestión para este tipo de centros en la Atención Primaria de Salud, lo cual ha generado incertidumbre y falta de evidencia válida que respalde y guíe la implementación y desarrollo de este tipo de estrategias, quedando la responsabilidad en muchas

oportunidades en la experticia local de cada equipo profesional de rehabilitación al momento de tener que asumir estas tareas.

### **3. Objetivos.**

#### **3.1 Objetivo General.**

Establecer un Plan de Desarrollo Estratégico para el Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de la comuna de Padre Las Casas, para el período 2016 – 2018.

#### **3.2 Objetivos Específicos.**

- a. Realizar un análisis estratégico, identificando las principales problemáticas y sus aspectos más relevantes para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas.
- b. Identificar y caracterizar a los principales involucrados (stakeholders) asociados al desarrollo y puesta en marcha del CCR Padre Las Casas.
- c. Elaborar la misión, visión y valores centrales que guiarán el desarrollo del CCR Padre Las Casas como una institución.
- d. Determinar objetivos estratégicos priorizados para el CCR Padre Las Casas para un período de 3 años, para las dimensiones político-sanitaria, usuarios, procesos internos y aprendizaje, con sus respectivos indicadores y metas.
- e. Establecer un sistema de monitoreo, control y evaluación que permita al CCR Padre Las Casas poder planificar y ajustar su estrategia mediante el desarrollo de nuevos objetivos estratégicos según las necesidades experimentadas en el proceso de ejecución.

## **4. Metodología.**

### **4.1 Tipo de Tesis.**

La presente tesis corresponde a la opción de Actividad Formativa Equivalente (AFE) que contempla como alternativa el Programa de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile.

Considerando el problema previamente planteado (inexistencia de modelos de planificación y gestión para Centros Comunitarios de Rehabilitación), esta tesis se centró en aplicar el enfoque de elaboración de planes o programas de salud. Para alcanzar los objetivos planteados, utilizó como referencia la metodología propuesta por Robert S. Kaplan y David P. Norton (39), quienes proponen un modelo de sistema de gestión que integra tanto la planificación de la estrategia como la ejecución operacional de la misma, mediante el uso de diversas herramientas reconocidas en el área de la gestión de las organizaciones. Del mismo modo, tanto para el análisis estratégico y de involucrados así como para el diseño de indicadores y metas, se consideró tanto la metodología de Marco Lógico propuesta por OPS (40) así como algunos elementos de análisis organizacional propuesto por el Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile (41).

## **4.2 Consideraciones metodológicas generales.**

Norton y Kaplan plantean un sistema de circuito cerrado de gestión integrado y amplio que busca relacionar la formulación y planificación de la estrategia para una organización, con la ejecución operacional de la misma. Este sistema está sustentado en seis etapas principales (39):

### **1. Desarrollar la estrategia:**

- Los gestores y directivos desarrollan la estrategia de la organización utilizando diversas herramientas.

### **2. Planificar la estrategia:**

- La organización planifica la estrategia utilizando herramientas como los Mapas Estratégicos y los Cuadros de Mando Integral (Balance Scorecard).

### **3. Alinear a la organización:**

- Una vez desarrollada y planificada la estrategia, los gestores deben alinearla con la organización y sus unidades, a fin de crear sinergias positivas en busca de lograr los objetivos estratégicos planteados.

### **4. Planificar las operaciones:**

- Habiendo alineado a la organización y todos sus funcionarios bajo la estrategia, los gestores pueden hacer una adecuada planificación de las operaciones, usando herramientas tales como la gestión de la calidad y de los procesos, sistema de costos, planificación de la capacidad de los recursos y cálculo dinámico de presupuesto.

### **5. Controlar y aprender:**

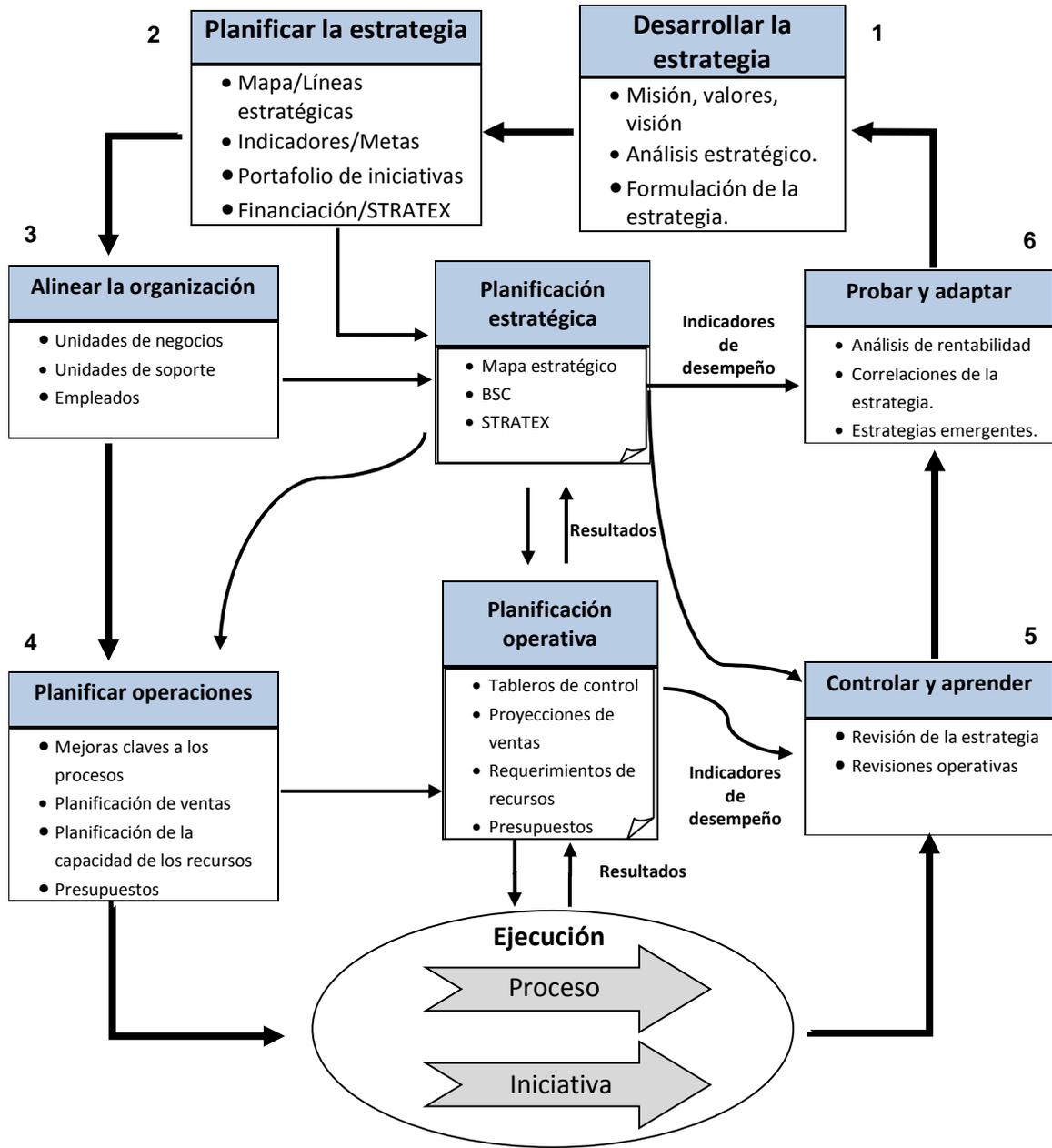
- En esta etapa, la organización ejecuta la estrategia y los planes operacionales, controlando y aprendiendo de los problemas, barreras y desafíos de la puesta en marcha.

### **6. Probar y adaptar:**

- En esta última etapa del ciclo, los gestores y directivos utilizan los datos y resultados operacionales internos junto con los nuevos datos externos del entorno, para probar y adaptar la estrategia, iniciando así otro circuito alrededor del sistema integrado de planificación de la estrategia y ejecución operacional.

Si bien este sistema está concebido para gestionar tanto la estrategia y las operaciones de una organización, y por lo tanto el desarrollo de las seis etapas planteadas anteriormente, se requiere de una puesta en marcha y un tiempo mínimo de ejecución para obtener los resultados (2 a 3 años en algunos casos) y así realizar los ajustes a la estrategia. Para efectos de la presente tesis, sólo se desarrollará desde la etapa N°1 (Desarrollar la estrategia) y la etapa N° 2 (Planificar la estrategia), debido a que estas etapas representan procesos netamente de Planificación Estratégica para la puesta en marcha y desarrollo de nuestro Centro Comunitario de Rehabilitación.

**Ilustración 12: Modelo de sistema de gestión y desarrollo de la estrategia.**



*Fuente: The Execution Premium. Kaplan R. & Norton D. 2008.*

Tal como lo plantean los autores, este sistema de gestión integrado es el fruto de muchos años de análisis, colaboración y recopilación de las mejores prácticas y herramientas utilizadas a lo largo del tiempo en materia de gestión. Muchos de sus principios y conceptos pueden ser usados ampliamente por todo tipo de organizaciones, con o sin fines de lucro, siendo los objetivos finales la detección de nuevas oportunidades para la mejora continua y la adaptación de los modelos de gestión a la superación de los nuevos desafíos que enfrentan las organizaciones.

### **4.3 Recolección, procesamiento y análisis de la información.**

El llevar a cabo un proceso de planificación para una institución de salud con el propósito de que la organización efectivamente se enfoque en la estrategia, requiere que el proceso sea participativo, pluralista, centrado en las necesidades y objetivos por los cuales la institución debe orientar sus esfuerzos. Por lo mismo, para desarrollar el presente trabajo se coordinaron reuniones y jornadas de trabajo con diversos actores (institucionales como comunitarios) de acuerdo al desarrollo de cada objetivo planteado y los respectivos instrumentos necesarios para su cumplimiento, según el modelo de gestión planteado por Norton y Kaplan. Otra fuente importante fue la opinión de académicos, profesionales del área de la rehabilitación física, gestores de salud, encargados de programas y directivos.

Una vez que fue recolectada la información, ésta fue procesada bajo la aplicación del modelo de gestión antes descrito, para luego ser socializada con los mismos actores consultados mediante reuniones ampliadas y con los equipos respectivos, a fin de transmitir los resultados del proceso de planificación para el CCR de la comuna de Padre Las Casas. Estos diversos actores fueron

fundamentales, tanto para recoger necesidades, opiniones y visiones, como para sumar consensos y sinergias al momento de ejecutar las acciones planificadas para el CCR, con el mínimo de resistencias o rechazos producto de no haber incluido a algún actor o elemento en los procesos previos.

## **5. Resultados.**

A continuación, se detallan los resultados y productos obtenidos durante el desarrollo de cada uno de los objetivos específicos. Cabe señalar, que la obtención de estos resultados es fruto del trabajo de los diversos actores relevantes, gestores y equipos pertinentes, mediante jornadas de trabajo planificadas, para luego ser analizadas y finalmente sistematizadas por el autor de la tesis.

### **5.1 Análisis estratégico para la puesta en marcha del Centro Comunitario de Rehabilitación Padre Las Casas.**

El primer paso que debimos dar para lograr establecer un Plan de Desarrollo Estratégico para el CCR de la comuna de Padre Las Casas, fue realizar un análisis de la situación basal y del entorno que rodeaba la puesta en marcha de nuestra institución. Mediante el desarrollo de este objetivo, buscamos dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuáles eran los puntos y aspectos claves para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas?

Para dar respuesta a la interrogante antes planteada, fue necesario realizar la aplicación de diversos instrumentos ampliamente utilizados para el análisis situacional de las instituciones al momento de desarrollar procesos de Planificación Estratégica, tales como:

- **Análisis del entorno externo a la institución:** Mediante el Análisis PEST (político, económico, social y tecnológico).
- **Análisis del entorno interno de la institución:** Mediante el Análisis de la Cadena de Valor de la institución (procesos claves, capital humano, operaciones, despliegue tecnológico, innovación).

Una vez realizados ambos análisis, pudimos resumir este proceso mediante la descripción gráfica de un análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas), el cual buscó describir los principales aspectos para la puesta en marcha de nuestra institución. Para la obtención de estos productos, se coordinó un proceso consultivo (aplicación de encuesta) con el equipo profesional del programa de rehabilitación comunal y con los directivos locales del sector salud y del municipio (ver anexo N°1). A continuación se detallan los resultados consolidados de dicho proceso:

### **5.1.1 Análisis externo del entorno institucional:**

Para determinar la situación del entorno externo a la puesta en marcha del CCR de la comuna de Padre Las Casas, optamos por la aplicación de un Análisis PEST (político, económico, social y tecnológico). Los factores determinados por este proceso, generalmente se encuentran fuera del control propio, y pueden llegar a representar muchas veces una amenaza u oportunidad para la puesta en marcha de nuestra institución.

En la siguiente tabla se detallan los resultados por cada ámbito consultado a cada una de las fuentes antes mencionadas:

**Tabla 5: Análisis PEST.**

**Político**

1. Mayor impulso a políticas públicas y programas sociales con enfoque en los derechos humanos.
2. Reconocimiento jurídico en la Ley 20.422 del derecho a la rehabilitación de las PsD.
3. Políticas y programas sanitarios que están incorporando y reconociendo la importancia del abordaje oportuno por profesionales del área de la rehabilitación.
4. Autoridades comunales y administración municipal enfocadas en aumentar la cobertura local de prestaciones en salud.

**Económico**

1. Transferencia de recursos ministeriales para el desarrollo de la estrategia RBC a nivel local, solo contempla la contratación de profesional Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional. No se consideran recursos para otros profesionales como Fonoaudiólogo o Psicólogo.
2. Municipio posee convenios docentes-asistenciales con universidades de la zona.
3. Población local en situación de discapacidad con altos índices de pobreza y ruralidad.
4. Altos gastos de bolsillo para las familias de las PsD producto de prologadas intervenciones terapéuticas.

## Social

1. Mayor reconocimiento y sensibilidad de la población hacia la discapacidad en las personas.
2. Mayor reconocimiento y exigencia de sus derechos por parte de las mismas PsD
3. Aumento del envejecimiento, esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población chilena.
4. Nuestra comuna presenta un alto crecimiento y dispersión poblacional (en zona rural).
5. Gran parte de los usuarios locales en situación de discapacidad presentan bajo nivel educacional, vulnerabilidad social y problemas de accesibilidad en sus domicilios y su entorno.

## Tecnológico

1. Buena oferta de profesionales de la rehabilitación en el mercado laboral (Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos).
2. Mayor accesibilidad a especialización (cursos, diplomados y magíster) en áreas clínicas por parte de los profesionales de la rehabilitación.
3. Mayor evidencia científica que respalda la eficacia de un acceso oportuno a prestaciones integrales de rehabilitación.
4. Mayor disponibilidad de insumos, tecnología y equipamiento de mayor calidad en el mercado de la rehabilitación en nuestro país.

*Fuente: Elaboración propia.*

### **5.1.2 Análisis interno del entorno institucional:**

Realizar un adecuado análisis interno representa una oportunidad para las organizaciones, pues ello permite reconocer las potencialidades o fortalezas que sustentan a la organización, así como las falencias o debilidades sobre las cuales deben focalizar esfuerzos para superarlas. Para determinar el análisis interno a nuestro CCR, aplicamos el *“Modelo de la Cadena de Valor”*, herramienta ampliamente reconocida y utilizada en procesos de Planificación Estratégica, la cual fue propuesta por Michael Porter.

En este modelo, se busca identificar aquellas actividades en las cuales las organizaciones pueden ofrecer un “valor distinto” o mejor a sus usuarios en comparación a otras del mismo sector, a partir del diagnóstico interno y de las ventajas competitivas que les permiten diferenciarse de otras. Esta herramienta está compuesta por el análisis de las Actividades Primarias y de Apoyo de la organización, y de los respectivos aspectos que componen cada una de ellas, tal como se muestra en la siguiente figura:

### Ilustración 13: Modelo de Cadena de Valor.



*Fuente: Elaboración propia, basado en modelo descrito por M. Porter (1985).*

Esta herramienta fue diseñada principalmente para ser aplicada en el sector privado (industria, comercio, etc.), pero también algunos de sus elementos pueden ser aplicados en el análisis de organizaciones públicas, las que buscan aportar valor a sus usuarios mediante la entrega de servicios. Para nuestro caso, el principal servicio del CCR es entregar prestaciones de salud (específicamente acciones de rehabilitación) a las Personas en Situación de Discapacidad de nuestra comuna. De este modo, el equipo de profesionales del CCR que realizan prestaciones de rehabilitación física a los usuarios en situación de discapacidad de nuestra comuna, desarrollaron un análisis interno pensando en la puesta en marcha del CCR. Para ello, se convocó a una reunión en donde se discutieron y exploraron estos elementos y actividades que plantea el Modelo de Cadena de Valor. Como resultado, se identificaron los siguientes puntos:

**Tabla 6: Análisis de actividades primarias.**

**ANÁLISIS DE ACTIVIDADES PRIMARIA DEL CCR PADRE LAS CASAS**

<p>LOGÍSTICA DE ENTRADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestro establecimiento brindará una cobertura a nivel comunal a usuarios mayores de 20 años que presentan diagnósticos de patologías neurológicas y traumatológicas que generan discapacidad moderada a severa (tanto GES como no GES).</li> <li>• También se iniciará un programa piloto de rehabilitación metabólica, destinado a prevenir discapacidad física en usuarios con factores cardiovasculares.</li> <li>• Los usuarios podrán ser derivados con interconsulta desde otros establecimientos de la Red Asistencial local (CESFAM y Hospital Regional).</li> <li>• Podrán recibir atención gratuita solo usuarios de FONASA A y B. En caso de usuarios FONASA C, D e ISAPRES, deberán cancelar el copago correspondiente.</li> </ul>
<p>PROCESOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestras acciones se focalizarán en 3 grandes áreas: neurorehabilitación, rehabilitación traumatológica y rehabilitación metabólica.</li> <li>• Nuestras acciones serán integrales, basadas en los modelos de Salud Familiar y de Rehabilitación Basada en la Comunidad.</li> <li>• Énfasis primario en acciones clínicas, pero que aún no han sido protocolizadas.</li> <li>• Apuntamos a ser un establecimiento que concentre y gestione todas las necesidades</li> </ul>

LOGÍSTICA DE SALIDA	<p>Bio-psico-sociales de nuestros usuarios en situación de discapacidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seremos un centro docente-asistencial, formador de nuevos profesionales que repliquen a futuro su experiencia en nuestra institución, y con especial motivación en generar evidencia científica acerca de nuestras acciones.</li> <li>• En el caso de los usuarios en situación de discapacidad, el egreso de nuestro establecimiento está sujeto al logro de la inclusión social como objetivo final.</li> <li>• Nuestros usuarios del programa de rehabilitación metabólica serán egresados una vez compensados sus niveles fisiológicos que motivaron su intervención.</li> <li>• Falta una mayor gestión y articulación con nuestra red comunitaria.</li> </ul>
MARKETING Y VENTAS (DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaso conocimiento en la población en general y de la red local de salud acerca del objetivo del CCR y sus funciones.</li> <li>• Escaso conocimiento sistematizado de la situación de discapacidad en la población comunal.</li> </ul>
SERVICIOS POSTERIORES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos nuestros usuarios contarán con procesos de seguimiento y control posterior al egreso.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 7: Análisis de actividades de apoyo.**

**ANÁLISIS DE ACTIVIDADES DE APOYO DEL CCR PADRE LAS CASAS**

<p>INFRAESTRUCTURA DE NUESTRA INSTITUCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestras instalaciones son de un alto estándar en materia de construcción, basado en la accesibilidad universal y la eficiencia energética.</li> <li>• Equipamiento clínico adecuado y de alta calidad.</li> <li>• Espacios clínicos óptimos y amigables.</li> <li>• Ubicación geográfica de nuestro establecimiento presenta dificultades de accesibilidad (calles estrechas, tramos sin veredas, obstáculos).</li> </ul>
<p>GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestros profesionales cuentan con formación académica específica en áreas clínicas claves.</li> <li>• Nuestros profesionales son contratados por convenios extrapresupuestarios entre nuestro Departamento de Salud Municipal y el Servicio de Salud Araucanía Sur.</li> <li>• Para el año 2015 no existe presupuesto para incorporar a otros profesionales (Psicólogo, Fonoaudiólogo y Asistente Social)</li> </ul>
<p>DESARROLLO TECNOLÓGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestros profesionales están en permanente interés por actualizar sus conocimientos y habilidades para el manejo de nuestros usuarios.</li> <li>• Contacto con universidades y redes de conocimiento para acceder a capacitación.</li> </ul>

SERVICIOS  
GENERALES

- Contamos con un único vehículo que transporte a los usuarios urbanos y rurales que requieren ser trasladados por su grado de discapacidad para acceder al establecimiento.

*Fuente: Elaboración propia.*

### 5.1.3 Resumen del análisis de entorno: Análisis FODA.

Para finalizar el análisis del entorno, usamos el análisis FODA como herramienta que resume los principales aspectos internos como externos que pueden influir en la puesta en marcha de nuestro CCR. Este proceso buscó determinar finalmente las brechas institucionales que debían ser abordadas mediante la definición de objetivos estratégicos, los cuales guiarán las acciones o “estrategias” hacia el logro final de la visión que sustenta el quehacer de nuestro establecimiento de salud. El diseño de este análisis se define según la siguiente ilustración:

**Ilustración 14: Análisis FODA.**

	Útil para alcanzar la visión de la institución	Perjudicial para alcanzar la visión de la organización
Atributos Internos	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
Atributos Externos	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

Para la puesta en marcha del CCR de la comuna de Padre Las Casas, se identificó el siguiente análisis FODA, el cual se describe a continuación:

**Ilustración 15: Análisis FODA CCR Padre Las Casas.**

	<b>Útil para alcanzar la visión del CCR Padre Las Casas</b>	<b>Perjudicial para alcanzar la visión del CCR Padre Las Casas</b>
<b>ANÁLISIS INTERNO</b>	<b>FORTALEZAS</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seremos un establecimiento que concentre y gestione las principales necesidades bio-psico-sociales de nuestros usuarios.</li> <li>2. Nuestras instalaciones y equipamiento son óptimos y de alta calidad.</li> <li>3. Nuestros profesionales del área de la rehabilitación poseen altas competencias para desempeñar sus funciones.</li> </ol>	<b>DEBILIDADES</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contamos con un único vehículo para traslado de todos los usuarios que presentan dificultades en la movilidad para acceder al establecimiento.</li> <li>2. Escasa difusión en las redes locales acerca de las funciones y acciones de nuestro establecimiento.</li> <li>3. No contamos aún con todos los profesionales para el abordaje bio-psico-social de nuestros usuarios.</li> </ol>
	<b>OPORTUNIDADES</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoridades comunales y administración municipal enfocadas en aumentar la cobertura local de prestaciones en salud.</li> <li>2. Municipio local posee convenios docentes-asistenciales con universidades de la zona.</li> <li>3. Buena oferta en el mercado de profesionales de la rehabilitación y mayor disponibilidad de insumos y tecnología adecuada.</li> </ol>	<b>AMENAZAS</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientación técnica ministerial no considera recursos económicos para la contratación de todo el equipo profesional interdisciplinario requerido.</li> <li>2. Alta prevalencia de vulnerabilidad social en familias con integrante en situación de discapacidad.</li> <li>3. Problemas de accesibilidad y habitabilidad en familias con integrante en situación de discapacidad.</li> </ol>
<b>ANÁLISIS EXTERNO</b>		

*Fuente: Elaboración propia.*

## **5.2 Principales involucrados (stakeholders) asociados a la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas.**

El siguiente paso en el desarrollo del presente Plan Estratégico para el Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de Padre Las Casas, fue la ejecución de un análisis de los principales involucrados que podrían influir en la puesta en marcha de este establecimiento. Un adecuado proceso de planificación debe considerar a todos los actores o interesados (directos o indirectos), su acción y posibles efectos (a favor o en contra) sobre el desarrollo y ejecución de algún proyecto u organización. Sin duda, la puesta en marcha de una institución nueva como un CCR, respecto del cual no existe mucho conocimiento y hay escasas referencias o experiencias en relación a su quehacer, puede generar distintas repercusiones en diversos grupos, instituciones o individuos. Identificarlos adecuadamente y determinar sus posibles efectos, nos permitirá tanto poder anticiparnos a eventuales errores o conflictos, así como lograr alianzas y sinergias para las soluciones a las dificultades, maximizando así las posibilidades de realizar una ejecución exitosa de las acciones concernientes a nuestro establecimiento.

El desarrollo de este objetivo contempla tanto el proceso de identificación como de caracterización de cada uno de los actores involucrados. Este proceso se realizó en una reunión de trabajo organizada por el equipo del programa de rehabilitación física de nuestra comuna.

### 5.2.1 Identificación de los principales involucrados.

En primer lugar, a partir del conocimiento de todos los integrantes del programa de rehabilitación (Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales y Técnico Paramédico), se estableció un listado de los principales involucrados que pudieran influir en la puesta en marcha de nuestro establecimiento.

**Ilustración 16: Identificación de principales involucrados.**



*Fuente: Elaboración propia.*

## 5.2.2 Caracterización y análisis de los principales involucrados.

Para el proceso de caracterización y análisis de los principales stakeholders involucrados en la puesta en marcha de nuestro establecimiento, utilizamos la siguiente matriz propuesta en el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud de la OPS (40), en donde cada actor es analizado bajo los siguientes aspectos:

- **Problemas o situación percibida:**
  - Permite describir y conocer en forma más acotada la relación y postura frente al desarrollo del proceso en cuestión.
  
- **Intereses y mandatos:**
  - Permite evidenciar los posibles apoyos y/u oposición de cada actor.
  
- **Poder:**
  - Para una mayor descripción, se asignó una valorización conceptual según la siguiente escala:

Tipo de Poder	Ponderación
Bajo	1
Medio Bajo	2
Medio	3
Medio alto	4
Alto	5

- **Intereses:**

- Según el interés percibido por cada actor involucrado para la puesta en marcha de nuestro establecimiento. Para evidenciar estos efectos, usaremos la siguiente escala: este puede representar un efecto positivo o negativo para la puesta en marcha

<b>Efecto Positivo</b>		<b>Efecto Negativo</b>	
Bajo	1	Bajo	-1
Medio	2	Medio	-2
Alto	3	Alto	-3

Es posible asignar el valor cero cuando el interés se considera indiferente tanto para los efectos negativos como para los positivos.

- **Valor:**

- Se estima en base a la multiplicación entre los valores asignados a las variables poder e interés. Por lo tanto, los posibles resultados pueden fluctuar entre -15 (el actor presenta una alta capacidad de incidencia pero con mucha oposición) y +15 (el actor presenta una alta capacidad de incidencia y muy a favor de ejecutar el proceso). Los resultados obtenidos para cada actor, deben ser interpretados desde una postura cualitativa más que cuantitativa, debido a la naturaleza misma de las variables ponderadas.

A continuación, se muestra la matriz de involucrados, la cual refleja el producto del análisis realizado por el equipo profesional del programa de rehabilitación física de nuestra comuna.

**Tabla 8: Matriz de involucrados para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas.**

<b>ACTORES</b>	<b>PROBLEMAS O SITUACIÓN PERCIBIDA</b>	<b>INTERESES Y MANDATOS</b>	<b>PODER</b>	<b>INTERÉS</b>	<b>VALOR</b>
<b>Alcalde</b>	Vecinos en situación de discapacidad con escaso acceso a prestaciones de salud	Velar por el mayor bienestar de todos los habitantes de la comuna	5	+3	<b>15</b>
<b>Director DSM</b>	Alta demanda no resuelta de prestaciones de rehabilitación física y escasa oferta en sistema de salud comunal.	Coordinar acciones y políticas sanitarias a nivel comunal	4	+3	<b>12</b>
<b>Equipo programa de rehabilitación</b>	Recursos físicos y humanos insuficientes para atender a usuarios en situación de discapacidad	Brindar prestaciones de rehabilitación física bajo el modelo RBC a usuarios de la comuna	3	+3	<b>9</b>
<b>Servicio de Salud Araucanía Sur</b>	Aumentar cobertura de atención en rehabilitación física para usuarios en situación de discapacidad mediante programas RBC	Ejecutar y coordinar acciones sanitarias en la red asistencial de la Provincia de Cautín (Región de la Araucanía)	4	+3	<b>12</b>
<b>Universidades Regionales</b>	Campos clínicos escasos para alumnos de carreras de la salud	Formar profesionales de la salud competentes a las necesidades de la población	4	+3	<b>12</b>

<b>SENADIS Región de la Araucanía</b>	PsD con dificultades para acceder a prestaciones de salud	Apoyar acciones a favor de la efectiva inclusión social de todas las PsD	2	+3	<b>6</b>
<b>Usuarios en situación de discapacidad y familiares</b>	Escasas horas disponibles para atención por kinesiólogo	Mayor salud y bienestar para el grupo familiar mediante acceso oportuno a prestaciones de salud	2	+2	<b>4</b>
<b>Organizaciones comunales de PsD</b>	Necesidad de espacio físico para realizar actividades como organizaciones	Apoyar en la búsqueda de soluciones para necesidades de sus socios	4	-1	<b>-4</b>
<b>Oficina Comunal de la Discapacidad</b>	Falta de espacios para actividades sociales y comunitarias para las organizaciones de PsD	Coordinar y gestionar acciones sociales y comunitarias para los habitantes en situación de discapacidad en la comuna	2	-1	<b>-2</b>
<b>Corporación Araucanía Accesible</b>	Problemas de accesibilidad a la rehabilitación de PsD	Colaborar en la búsqueda de soluciones por medio de la accesibilidad universal junto a los actores del sector público y privado.	2	+3	<b>6</b>
<b>Otros depts. Municipales</b>	Diversos problemas (sociales, salud, pobreza) que afectan a los vecinos.	Apoyar y coordinar acciones desde los diferentes espacios municipales a favor de los habitantes de la comuna.	3	+1	<b>3</b>

<b>GORE de la Araucanía</b>	Diversas necesidades en salud de los habitantes de la Región de la Araucanía.	Gestionar las necesidades de los habitantes, desarrollando las políticas públicas del gobierno central en la región	4	+2	<b>8</b>
<b>Teletón de la Araucanía</b>	Continuidad de los procesos de rehabilitación en usuarios de la comuna que egresan del instituto.	Brindar cobertura en rehabilitación física a niños y adolescentes de la región y sus alrededores.	2	+3	<b>6</b>
<b>Red APS comunal</b>	Escasa oferta y alta demanda por prestaciones de rehabilitación en usuarios con alto compromiso en su dependencia funcional.	Brindar oportunas e integrales prestaciones de salud a usuarios de la comuna.	3	+3	<b>9</b>
<b>Hospital Regional de Temuco</b>	Alta demanda de usuarios de la comuna de Padre Las Casas que presentan patologías leves a moderadas por prestaciones en Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.	Brindar prestaciones de salud de alta complejidad a los usuarios de la Red Asistencial Araucanía Sur.	3	+3	<b>9</b>
<b>MINSAL</b>	Aumentar la cobertura de rehabilitación física a PsD bajo los lineamientos ministeriales de la estrategia RBC	Diseñar, guiar y controlar políticas sanitarias, acciones y programas que busquen aumentar el nivel de salud de la población chilena.	4	+1	<b>4</b>

*Fuente: Elaboración Propia.*

### **5.3 Declaración de la misión, visión y valores centrales del CCR Padre Las Casas.**

Una vez determinado el análisis estratégico (interno y externo), junto con los principales involucrados para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas, el siguiente paso que debimos dar fue declarar nuestros fundamentos institucionales. Para ello, partimos con las respuestas a las siguientes preguntas: como organización, ¿en qué campo participamos? y ¿por qué lo hacemos?

Quizás esta pregunta puede ser básica para el contexto antes descrito en el desarrollo de esta tesis, pero su respuesta involucra reflexionar sobre las bases e ideas que sustentan y guían profundamente el quehacer de todas nuestras acciones como organización. La declaración de estos elementos representan el verdadero “corazón y espíritu” de nuestra institución, y son el motivo por el cual nos movemos hacia el logro de nuestros mayores objetivos. Por lo tanto, el rol como gestores del CCR Padre Las Casas en esta etapa en primer lugar se orientó hacia la afirmación del propósito fundamental de nuestra institución (elaboración de la misión), la determinación de los principios internos que guían nuestro quehacer (elaboración de nuestros valores centrales) y la definición de las metas futuras hacia las cuales aspiramos (nuestra visión como institución). En la actualidad, estos elementos están presentes en todo tipo de organizaciones, sin importar el ámbito en donde se desempeñen, y su desarrollo e importancia han sido ampliamente reconocidos en las últimas décadas. Poder declararlos, nos permitió definir las principales pautas para formular y ejecutar nuestra estrategia para una adecuada puesta en marcha de nuestro CCR.

Para la ejecución de este objetivo, se convocó a una reunión de trabajo con el equipo de profesionales del área de la rehabilitación física que realizan

prestaciones con usuarios en situación de discapacidad moderada a severa, y que desarrollarán sus acciones clínicas en dependencias del CCR. Una vez reunidos, se les explicó el objetivo de la reunión y de los productos esperados en ella, los cuales se detallan a continuación:

### **5.3.1 Elaboración de la Misión del Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de Padre Las Casas.**

Cuando una institución hace la declaración de su misión, esta debe reflejar el propósito fundamental que tanto los directivos como el resto de los funcionarios de aquella organización deben perseguir, señalando claramente lo que ofrecerá a sus usuarios.

Para nuestro CCR, nuestro equipo declaró la siguiente misión:

*“La Misión del Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de Padre Las Casas es ser un equipo humano multidisciplinario, altamente calificado en la atención y rehabilitación integral de la persona en situación de discapacidad física transitoria o permanente, haciendo partícipes a las familias y la comunidad en forma activa y dinámica en los procesos de rehabilitación, con el fin de lograr la máxima funcionalidad e inclusión social mediante acciones de calidad, pertinentes y adecuadas a cada necesidad de nuestros usuarios y sus familias”.*

### **5.3.2 Elaboración de los Valores Centrales del Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de Padre Las Casas.**

Los valores centrales son aquellos que inspiran a una institución, definen su carácter y actitud frente a cualquier tipo de situación que deba enfrentar. Los valores identificados como inspiradores del quehacer en nuestro CCR, tienen una fuerte raíz en los mismos valores que sustentan tanto la Atención Primaria de Salud (APS) como el modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).

El equipo profesional del CCR Padre Las Casas definió los siguientes valores centrales que guiarán su accionar hacia la atención de los usuarios:

- *Nuestras acciones serán centradas en las necesidades específicas de cada uno de los usuarios y sus familias, ofreciendo prestaciones efectivas y de calidad.*
- *Brindaremos una experiencia satisfactoria en la atención interdisciplinaria de nuestros usuarios, basadas en la integralidad y continuidad de los procesos de salud.*
- *El acceso a nuestra atención será oportuno y resolutorio de acuerdo a la situación particular de cada usuario que requiera de nuestros servicios.*
- *Nuestro desempeño como institución será el resultado de un coordinado trabajo en equipo, cohesionado y orientado hacia el logro de los objetivos planteados con cada usuario y basado en acciones innovadoras e intersectoriales.*

- *El respeto y la valorización de la dignidad humana y cultural, serán el sustento que guíe nuestro quehacer diario con cada usuario y su familia.*

### **5.3.3 Elaboración de la Visión del Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de Padre Las Casas.**

Al declarar una visión para la organización, debemos pensar en aquellos objetivos que se buscan cumplir en el mediano y largo plazo. Debe ser visionaria y plantear un objetivo desafiante relacionado con la misión, en donde quede reflejada la imagen que busca proyectar la institución hacia el exterior. Para plantear una visión adecuada, los expertos señalan que deben conjugarse 3 elementos esenciales:

- Un objetivo desafiante.
- Definición del área en donde la institución focalizará sus acciones.
- Horizonte de tiempo.

Para nuestro CCR, el equipo de trabajo definió la siguiente visión institucional:

*“Para el año 2018 queremos ser una institución pública líder y referente en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad física transitoria o permanente, mediante el acceso oportuno y sin discriminación, a un modelo de atención innovador e integral basado en la Atención Primaria de Salud y centrado en el usuario, su familia y la comunidad. De esta forma, garantizaremos que todos los habitantes en situación de discapacidad de la comuna de Padre Las Casas que requieran rehabilitación física, puedan acceder a ella”.*

Los elementos presentes en la visión declarada para nuestra institución son los siguientes:

- **Un objetivo desafiante:** “Alta cobertura y acceso oportuno a la rehabilitación física en una institución líder y referente”.
- **Definición del área en donde la institución focalizará sus acciones:** “Rehabilitación física para Personas en Situación de Discapacidad física, tanto transitoria como permanente en la comuna de Padre Las Casas”.
- **Horizonte de tiempo:** “Para el año 2018”.

#### **5.4 Objetivos estratégicos del Centro Comunitario de Rehabilitación Padre Las Casas para el período 2016 - 2018.**

En este punto del proceso para determinar un Plan Estratégico para nuestra institución, consideramos las principales definiciones que guiarán su quehacer (visión, misión y valores centrales), así como identificamos a los principales actores y factores presentes tanto en los escenarios internos como externos y que pueden influir para la puesta en marcha de nuestro Centro Comunitario de Rehabilitación. Hasta este momento en el proceso de Planificación Estratégica, estos elementos constituían solo definiciones que eran fundamentales, pero que resultaba necesario poder traducir en objetivos, cursos de acciones, indicadores y metas a desarrollar. Mediante el desarrollo del presente objetivo buscamos poder expresar nuestra estrategia y finalmente como podíamos medirla y controlar.

Para lo anteriormente planteado, se requirió en primer lugar, determinar los principales objetivos estratégicos priorizados según los productos obtenidos durante el desarrollo de los objetivos anteriores, los cuales deberían ser plasmados en un Mapa Estratégico para nuestra institución, contemplando las cuatro dimensiones básicas del Cuadro de Mando Integral (también conocido como Balance Scorecard) aplicado a una organización pública de salud. Estos objetivos fueron agrupados a la vez en temas estratégicos, los cuales debían estar interrelacionados unos con otros a lo largo de las distintas dimensiones.

Una vez determinados los objetivos estratégicos plasmados en su respectivo mapa, se determinaron los indicadores y metas para cada uno de ellos, los cuales se reflejan en un Balance Scorecard (BSC). Esta herramienta fue diseñada en 1992 por los profesores Robert Kaplan y David Norton y permite a las instituciones poder medir su desempeño y actividades en términos de su visión y

estrategias, además de monitorear y controlar los procesos con el objetivo de corregir acciones para mejorar la eficacia de la organización.

Las cuatro dimensiones que se consideraron en el Mapa Estratégico del CCR fueron:

- 1. Dimensión Político-Sanitaria:** Considera el desempeño del CCR a partir de los indicadores de impacto y rentabilidad político-sanitaria en la población, los cuales son de vital interés para los directivos superiores, autoridades comunales y referentes técnicos ministeriales.
- 2. Dimensión de los usuarios:** Esta dimensión contempla a los usuarios de nuestro CCR y sus familias, no solo como sujetos que reciben prestaciones de salud (con derechos y deberes), sino que también adquiere otros elementos propios de los clientes como la valoración de sus necesidades y el logro de su satisfacción, todo asociado al logro de los objetivos de salud por el cual recibe una intervención por el equipo profesional de rehabilitación. Se debe identificar claramente la propuesta de valor que nuestra institución brindará a los usuarios.
- 3. Dimensión de los procesos internos:** Aquí se consideran los procesos administrativos, técnicos y logísticos que deben ser claves y pertinentes para garantizar el cumplimiento de la misión del CCR y por los cuales nos transformemos en una institución de salud diferente al resto. Estos procesos deben orientarse a satisfacer los objetivos de la dimensión político-sanitaria y la dimensión de los usuarios.

**4. Dimensión del aprendizaje y crecimiento:** En esta dimensión se identifican los elementos necesarios para crear o agregar valor a nuestro CCR, mediante la mejoría del clima organizacional, la infraestructura y el uso de las tecnologías, junto con la formación y crecimiento de nuestros profesionales y funcionarios. Se buscó considerar todos los elementos que nos permitan mantener la capacidad para los nuevos desafíos y adaptaciones a nuevos escenarios, los cuales crean valor a todos los procesos que nuestra institución debe ejecutar.

Finalmente, el desarrollo del mapa estratégico y el BSC nos permitió como institución poder determinar nuestra estrategia, la cual consiste en un conjunto de acciones que deben ser ejecutadas para lograr los objetivos planteados basados en la puesta en marcha de nuestro CCR, cumpliendo así la misión y visión que sustentan a nuestra institución.

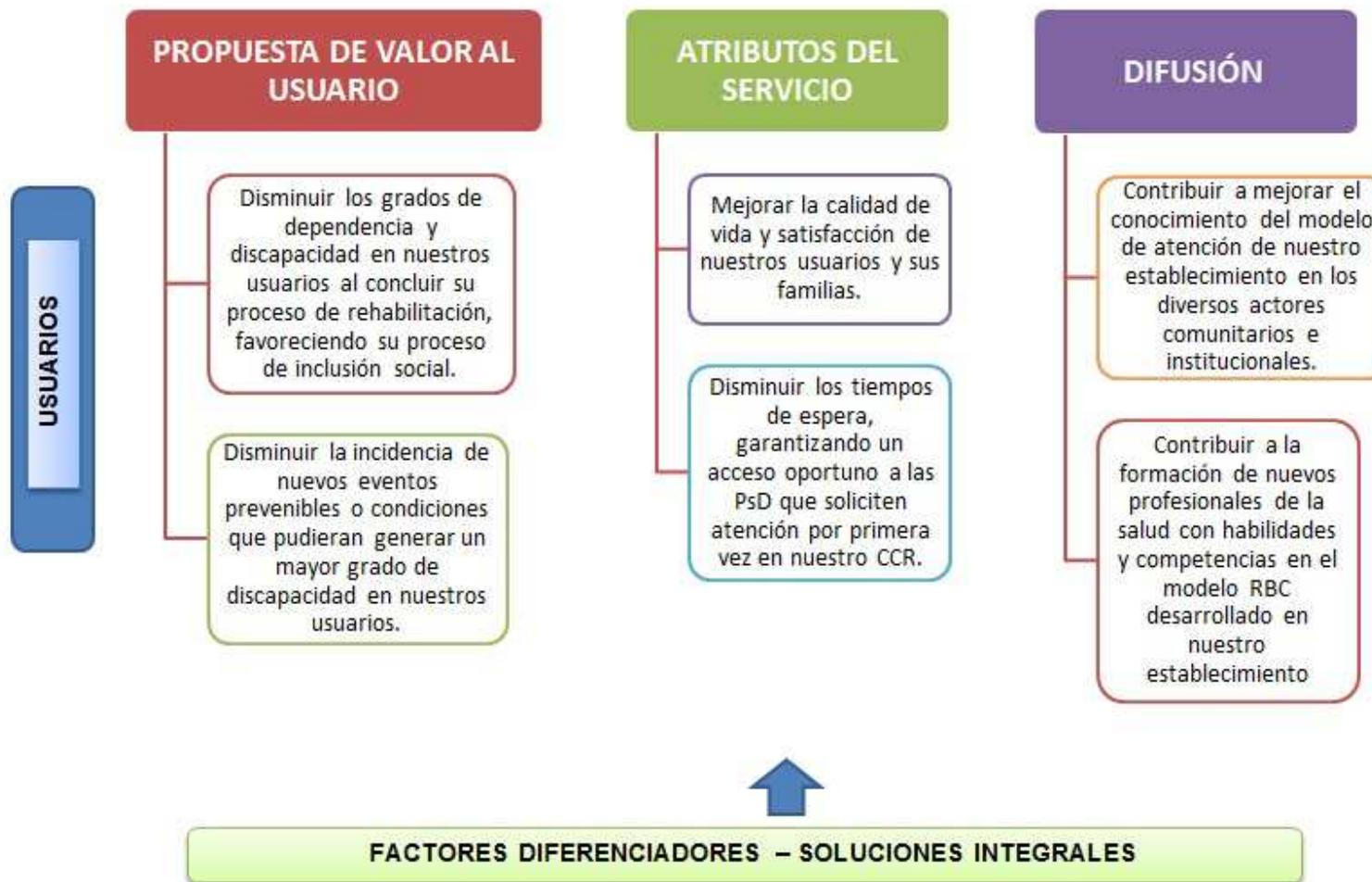
#### **5.4.1 Mapa estratégico:**

Como se señaló anteriormente, lo primero que debimos elaborar fue un mapa estratégico, conteniendo los objetivos estratégicos agrupados por temas según las cuatro dimensiones del BSC antes indicadas. A continuación se presenta el Mapa Estratégico:

Ilustración 17: Mapa estratégico para el CCR Padre Las Casas.

## MAPA ESTRATÉGICO CCR PADRE LAS CASAS









Fuente: Elaboración Propia.

#### **5.4.2 Selección de indicadores y metas:**

Una vez ya identificado nuestro Mapa Estratégico con sus respectivos objetivos según las distintas dimensiones planteadas en el Balance Scorecard, restaba poder asignar las metas y los indicadores que nos permitieran determinar el cumplimiento de cada uno de estos objetivos, y así reflejar la ejecución de la estrategia para alcanzar la visión de nuestro establecimiento mediante la misión que guía su quehacer. Este proceso no fue fácil, y más aún cuando se desarrollaba por primera vez para una organización, pues significaba tener que emitir un juicio de valor acerca del posible desempeño que pueda tener nuestra institución en algún aspecto específico. Por lo tanto, nuestra propuesta de indicadores y metas buscó reflejar lo mejor posible, el desempeño que nuestro establecimiento puede llegar a lograr.

Para cada objetivo estratégico, se asignó una meta y un indicador que señala la forma de medir el cumplimiento de la meta a alcanzar. Cabe destacar, que la determinación de las metas propuestas fue un proceso consensuado sobre una base técnica y opiniones del equipo de profesionales del área de la rehabilitación física y gestión en la APS comunal.

**Tabla 9: Objetivos estratégicos con indicadores y metas para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas.**

<b>DIMENSIÓN POLÍTICO – SANITARIA</b>			
<b>OBJETIVOS</b>		<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
<p>Para alcanzar nuestra visión ¿Qué acciones serán necesarias poder realizar?</p>	<b>PRODUCTIVIDAD</b>	Aumentar la cobertura de acceso a las PsD que requieran rehabilitación física integral.	N° total de usuarios ingresados a nuestro CCR durante el año / N° total de usuarios que requieran rehabilitación física en nuestro CCR por indicación médica durante el año.
	<b>IMPACTO</b>	Mejorar la salud de las PsD en la comuna de Padre Las Casas.	N° de PsD que recibieron acciones de rehabilitación desde nuestro CCR y que manifiestan haber mejorado su salud / N° de PsD que recibieron acciones de rehabilitación por el equipo profesional del CCR Padre Las Casas.
			Al menos el 50% de las personas derivadas a nuestro CCR, acceden a recibir rehabilitación física en forma integral.
			Al menos el 50% de las PsD que recibieron acciones de rehabilitación por el equipo profesional del CCR Padre Las Casas, manifiestan haber mejorado su estado de salud.

		Contribuir a mejorar los niveles de inclusión social de las PsD que viven en la comuna.	N° de PsD que recibieron acciones de rehabilitación desde nuestro CCR y logran procesos de inclusión social / N° de PsD que recibieron acciones de rehabilitación por el equipo profesional del CCR Padre Las Casas.	Al menos el 30% de nuestros usuarios egresados de nuestro CCR logran la inclusión social.
	<b>POSICIONAMIENTO</b>	Contribuir al desarrollo y expansión del modelo RBC en el sistema APS.	N° de comunas que reciben actividades de difusión, gestión, apoyo y asesoría en proyectos de rehabilitación para PsD.	Contribuir al desarrollo y expansión del modelo RBC en al menos 3 comunas al año.

DIMENSIÓN USUARIOS				
		OBJETIVOS	INDICADOR	META
<p>¿Qué necesidades de nuestros usuarios debemos satisfacer para ser exitosos?</p>	<p><b>PROPUESTA DE VALOR AL USUARIO</b></p>	Disminuir los grados de dependencia y discapacidad en nuestros usuarios al concluir su proceso de rehabilitación, favoreciendo su proceso de inclusión social.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. N° de usuarios que logran disminuir su grado de dependencia y discapacidad al concluir su proceso de rehabilitación / N° total de usuarios que ingresan a rehabilitación.</li> <li>2. N° de usuarios que logran disminuir su grado de dependencia y discapacidad a los 6 meses de haber iniciado su proceso de rehabilitación / N° total de usuarios que ingresan a rehabilitación.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al menos el 60% de los usuarios que reciben rehabilitación física en nuestro establecimiento, disminuyen su grado de dependencia y discapacidad al concluir su proceso de rehabilitación.</li> <li>2. Al menos el 30% de los usuarios que reciben rehabilitación física en nuestro establecimiento, disminuyen su grado de dependencia y discapacidad a los 6 meses de haber iniciado su proceso de rehabilitación.</li> </ol>

			<p>3. N° de usuarios que logran disminuir su grado de dependencia y discapacidad a los 12 meses de haber iniciado su proceso de rehabilitación / N° total de usuarios que ingresan a rehabilitación.</p>	<p>3. Al menos el 60% de los usuarios que reciben rehabilitación física en nuestro establecimiento, disminuyen su grado de dependencia y discapacidad a los 12 meses de haber iniciado su proceso de rehabilitación.</p>
		<p>Disminuir la incidencia de nuevos eventos prevenibles o condiciones que pudieran generar un mayor grado de discapacidad en nuestros usuarios.</p>	<p>1. N° de usuarios con control al día por equipo de salud en su CESFAM / N° total de usuarios ingresados a nuestro establecimiento.</p> <p>2. N° de usuarios ingresados al Programa de Mejoramiento de la Accesibilidad en sus domicilios.</p>	<p>1. El 100% de nuestros usuarios cuentan con controles al día por el equipo de salud de sus respectivos CESFAM.</p> <p>2. 50 usuarios y sus familias son beneficiados a través del Programa de Mejoramiento de la Accesibilidad en sus domicilios.</p>

	<b>ATRIBUTOS DEL SERVICIO</b>	Mejorar la calidad de vida y satisfacción de nuestros usuarios y sus familias.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. N° de usuarios que manifiestan haber mejorado su calidad de vida al finalizar su proceso de rehabilitación / N° total de usuarios ingresados a nuestro establecimiento.</li> <li>2. N° de usuarios que manifiestan estar satisfechos por las prestaciones y servicios recibidos al finalizar su proceso de rehabilitación / N° total de usuarios ingresados a nuestro establecimiento.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al menos el 75% de los usuarios manifiestan haber mejorado su calidad de vida al finalizar su proceso de rehabilitación en nuestro establecimiento.</li> <li>2. Al menos el 75% de los usuarios se manifiestan satisfechos por las prestaciones y servicios recibidos al finalizar su proceso de rehabilitación en nuestro establecimiento.</li> </ol>
		Disminuir los tiempos de espera, garantizando un acceso oportuno a las PsD que soliciten atención por primera vez en nuestro CCR.	N° de usuarios que son ingresados antes de 10 días de haber recibido una derivación por Médico a nuestro establecimiento durante el año / N° total de usuarios ingresados a nuestro establecimiento durante el año.	Al menos el 75% de los usuarios ingresados, reciben su primera atención antes de los 10 días posteriores de haber sido derivados por un Médico.

	<b>DIFUSIÓN</b>	Contribuir a mejorar el conocimiento del modelo RBC y de atención de nuestro establecimiento en los diversos actores comunitarios e institucionales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. N° de actividades de difusión del modelo RBC con la participación de actores comunitarios.</li> <li>2. N° de capacitaciones en RBC y discapacidad organizada por nuestro equipo profesional dirigidas a actores institucionales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar al menos 2 actividades al año de difusión del modelo RBC con la participación de actores comunitarios.</li> <li>2. Organizar al menos 2 capacitaciones al año en los temas de discapacidad y modelo RBC dirigidas a actores institucionales.</li> </ol>
		Contribuir a la formación de nuevos profesionales de la salud con habilidades y competencias en el modelo RBC desarrollado en nuestro establecimiento.	Existencia de un convenio docente-asistencial con una casa de estudios superiores acreditada y que imparta carreras de la salud asociadas a la rehabilitación (Kinesiología, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología).	Existe un convenio docente-asistencial con una casa de estudios superiores acreditada y que imparte carreras de la salud asociadas a la rehabilitación (Kinesiología, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología).

<b>DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS</b>				
<b>OBJETIVOS</b>		<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	
Para satisfacer a nuestros usuarios ¿en qué procesos internos debemos ser excelentes?	<b>EXCELENCIA OPERACIONAL</b>	Obtener la Autorización Sanitaria y Acreditación de Calidad como establecimiento de salud.	1. Registro de autorización sanitaria del establecimiento.  2. Certificado de acreditación de calidad del establecimiento.	1. Obtener el registro de autorización sanitaria durante el año 2016.  2. Obtener la acreditación de calidad como establecimiento durante el año 2017
		Diseñar una cartera de prestaciones definidas y pertinentes a las necesidades de nuestros usuarios.	1. Existencia de una cartera de prestaciones definidas para el establecimiento.	1. Existe una cartera de prestaciones definida para el establecimiento.
	<b>RELACIÓN CON LOS USUARIOS</b>	Aumentar la capacidad resolutive de acuerdo a las necesidades de los usuarios.	1. N° total de horas profesionales contratadas al año / N° total de horas profesionales requeridas.	1. El 80% de las horas profesionales requeridas, están disponibles para la atención de los usuarios.

			<p>2. Existencia de un Programa de Rehabilitación Rural, conformado por una dupla profesional de Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional.</p> <p>3. N° total de usuarios que refieren haber resuelto sus necesidades de rehabilitación durante el año / N° total de usuarios atendidos durante el año.</p>	<p>2. Existe un Programa de Rehabilitación Rural conformado por una dupla profesional de Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional.</p> <p>3. El 70% de los usuarios manifiestan haber resuelto sus necesidades en rehabilitación.</p>
		Mejorar la gestión del traslado de usuarios en móvil institucional, garantizando una adecuada cobertura.	<p>1. N° de usuarios domiciliados en el sector rural que recibieron traslado en móvil institucional en el año / N° total de usuarios domiciliados en el sector rural y que requiere traslado en móvil institucional durante el año.</p>	<p>1. Al menos el 50 % de los usuarios domiciliados en el sector rural reciben traslado institucional cuando fue requerido.</p>

			2. N° de usuarios domiciliados en el sector urbano que recibieron traslado en móvil institucional en el año / N° total de usuarios domiciliados en el sector urbano y que requiere traslado en móvil institucional durante el año.	2. Al menos el 75 % de los usuarios domiciliados en el sector urbano reciben traslado institucional cuando fue requerido.
		Aumentar las habilidades y conocimientos pertinentes en cuidadores y familiares de nuestros usuarios	1. N° total de cuidadores que reciben capacitación al año / N° total de usuarios ingresados con cuidadores al año.  2. N° total de cuidadores con certificación de conocimientos suficientes / N° total de cuidadores ingresados al plan de capacitación.	1. Al menos el 75% de los cuidadores de nuestros usuarios reciben capacitación.  2. Al menos el 90% de los cuidadores aprueban el plan de capacitación establecido.

	<b>EDUCACIÓN Y VINCULACIÓN COMUNITARIA</b>	<p>Aumentar el desarrollo de acciones de promoción de vida saludable e inclusiva y prevención de la discapacidad en la comunidad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existencia de un plan de promoción de vida saludable e inclusiva a desarrollar en espacios comunitarios y educativos.</li> <li>2. N° de actividades de promoción de vida saludable e inclusiva desarrolladas en espacios comunitarios y educativos durante el año.</li> <li>3. Existencia de un programa de Rehabilitación Metabólica para usuarios sin discapacidad pero con factores de riesgo cardiovascular.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un plan de promoción de vida saludable e inclusiva a desarrollar en espacios comunitarios y educativos.</li> <li>2. Realizar al menos 12 actividades de promoción de vida saludable e inclusiva en espacios comunitarios y educativos durante el año.</li> <li>3. Existe un programa de Rehabilitación Metabólica para usuarios sin discapacidad pero con factores de riesgo cardiovascular.</li> </ol>
--	--	---	---	--

		<p>Aumentar el desarrollo de acciones que favorezcan la participación social y fortalecimiento de las PsD.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existencia de un plan de difusión y apoyo compartido entre las organizaciones de PsD de nuestra comuna y nuestro establecimiento.</li> <li>2. N° de actividades de apoyo y/o asesoría a organizaciones de PsD de nuestra comuna.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un plan de difusión y apoyo compartido entre las organizaciones de PsD de nuestra comuna y nuestro establecimiento.</li> <li>2. Realizar al menos 1 actividad de apoyo y/o asesoría en el año con cada organización de PsD de nuestra comuna (9 organizaciones reconocidas en la comuna).</li> </ol>
		<p>Aumentar la participación de la comunidad en el desarrollo de acciones a favor de la rehabilitación e inclusión social de las PsD de nuestra comuna.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existencia de un programa de formación de monitores comunitarios en rehabilitación.</li> <li>2. Existencia de un programa de formación en voluntariado asociado a nuestro establecimiento.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un programa de formación de monitores comunitarios en rehabilitación.</li> <li>2. Existe un programa de formación en voluntariado asociado a nuestro establecimiento.</li> </ol>

	<b>GESTIÓN INTERSECTORIAL</b>	Mejorar la gestión, comunicación y coordinación con la red asistencial y otros actores intersectoriales atingentes.	N° de reuniones de gestión y coordinación con red asistencial y/o actores intersectoriales atingentes.	Realizar 1 reunión mensual de gestión y coordinación con red asistencial y/o actores intersectoriales atingentes.
		Mejorar el desarrollo de acciones a favor de la inclusión socio-laboral y comunitaria de nuestros usuarios.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existencia de un plan de inclusión socio-laboral para nuestros usuarios.</li> <li>2. N° usuarios con inclusión socio-laboral en el año / N° de usuarios ingresados al plan de inclusión socio-laboral durante el año.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un plan de inclusión socio-laboral para nuestros usuarios.</li> <li>2. Al menos el 20% de los usuarios incorporados al plan obtienen la inclusión socio-laboral en forma efectiva.</li> </ol>

<b>DIMENSIÓN APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO</b>				
<b>OBJETIVOS</b>		<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	
Para poder ser excelentes en nuestros procesos ¿Qué debe aprender nuestra institución?	<b>COMPETENCIAS</b>	Aumentar los conocimientos y habilidades de nuestros funcionarios en los modelos de salud familiar y RBC.	% de funcionarios capacitados en los modelos de salud familiar y RBC.	90 % de los funcionarios poseen capacitación en los modelos de salud familiar y RBC.
		Aumentar los conocimientos y habilidades específicas que sean atingentes a las principales patologías que presentan nuestros usuarios.	% de profesionales capacitados en el manejo de patologías prevalentes en nuestro establecimiento	90 % de los profesionales poseen capacitación para el manejo de patologías prevalentes.
		Aumentar los conocimientos y habilidades de nuestros funcionarios para el desarrollo de acciones docentes-asistenciales.	% de profesionales con capacitación para el desarrollo de acciones docentes-asistenciales.	50% de nuestros profesionales poseen capacitación para el desarrollo de acciones docentes asistenciales.
<b>GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y TECNOLOGÍA</b>	Mejorar los sistemas de registros clínicos, protocolos, flujogramas y manejo de datos relevantes.	1. Existencia de ficha clínica pertinente.  2. Existencia de protocolos clínicos según origen de discapacidad (REM 28).	1. Existe ficha clínica pertinente.  2. Existen protocolos clínicos según origen de discapacidad.	

			<p>3. Existencia de flujogramas de derivación desde la red asistencial a nuestro CCR.</p> <p>4. Existencia de flujograma de procesos internos.</p> <p>5. Existencia de base de datos con antecedentes clínicos relevantes de los usuarios.</p>	<p>3. Existe un flujograma para la derivación de nuevos usuarios desde la red asistencial.</p> <p>4. Existen flujogramas para los principales procesos internos.</p> <p>5. Existe una base de datos con los antecedentes clínicos relevantes de los usuarios.</p>
		Aumentar el conocimiento respecto a la situación de discapacidad en nuestra comunidad.	1. Existencia de un diagnóstico participativo de la situación de discapacidad en la comuna.	1. Existe un diagnóstico participativo de la situación de discapacidad en la comuna.
		Desarrollar acciones de investigación clínica en rehabilitación y discapacidad.	1. N° de proyectos de tesis (pre y/o post grado) asesorados en temáticas de rehabilitación y discapacidad por año.	1. Asesorar al menos 2 proyectos de tesis (pre y/o post grado) al año en temáticas de rehabilitación y discapacidad.

			<p>2. N° de trabajos expuestos en congresos y/o cursos por año.</p> <p>3. N° de investigaciones clínicas en temáticas relevantes desarrolladas cada 2 años.</p>	<p>2. Presentar al menos 1 trabajo al año en congreso y/o curso.</p> <p>3. Desarrollar al menos 1 investigación clínica cada 2 años en temáticas relevantes para nuestra institución.</p>
<b>CLIMA ORGANIZACIONAL</b>	Mejorar las estrategias de autocuidado en el equipo del CCR, contribuyendo a la satisfacción de cada uno de sus integrantes.	<p>1. N° de actividades de autocuidado al año.</p> <p>2. N° de funcionarios con buena satisfacción al desempeñar sus funciones / Total de funcionarios del establecimiento.</p>	<p>1. Realizar 1 actividad de autocuidado al mes.</p> <p>2. El 80% de nuestros funcionarios presentan una buena satisfacción al desempeñar sus funciones.</p>	
	Mejorar los canales de participación y comunicación entre los integrantes del equipo de nuestro establecimiento.	<p>1. N° de reuniones de equipo al año.</p>	<p>1. Realizar al menos 24 reuniones de equipo al año.</p>	

Fuente: Elaboración propia.

## **5.5 Sistema de monitoreo, control y evaluación para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas.**

Durante el desarrollo del objetivo anterior, logramos determinar una panorámica general respecto a los principales temas estratégicos y sus respectivos objetivos, los cuales buscan generar una armonía orientada hacia la puesta en marcha de nuestro CCR y así poder alcanzar la visión. El siguiente paso a desarrollar es la elaboración de un sistema de monitoreo, control y evaluación que nos permita visualizar el avance en el cumplimiento de los objetivos estratégicos, de tal modo de poder detectar posibles problemas durante la puesta en marcha de nuestro establecimiento, buscar las soluciones y hacer los ajustes y correcciones necesarias a tiempo, y así lograr una ejecución lo más eficiente y óptima de la estrategia planteada.

La siguiente matriz es el resultado del trabajo del equipo profesional del programa de rehabilitación integral, quienes realizan prestaciones de rehabilitación en nuestra comuna. Los elementos que consignaremos para cada objetivo estratégico según la respectiva dimensión del BSC, son los siguientes:

- Enunciado del objetivo estratégico.
- Iniciativas estratégicas para el cumplimiento del objetivo planteado.
- Resultados esperados.
- Verificadores.
- Frecuencia de medición del indicador.
- Línea base de medición y meta a alcanzar.

Tabla 10: Sistema de monitoreo, control y evaluación para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas.

## SISTEMA DE MONITOREO, CONTROL Y EVALUACIÓN CCR PADRE LAS CASAS

---



<b>DIMENSIÓN POLÍTICO-SANITARIA.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	1. PRODUCTIVIDAD.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	1.1 Aumentar la cobertura de acceso a las PsD que requieran rehabilitación física integral.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño de hoja de derivación a nuestro establecimiento, indicando criterios definidos.</li> <li>2. Difusión de criterios de derivación a nuestro establecimiento con actores claves en la red asistencial.</li> <li>3. Adecuada coordinación con la red asistencial, mediante gestores de casos al momento de generar derivaciones.</li> <li>4. Coordinar una jornada de trabajo con los Médicos de nuestra comuna, con el objetivo de difundir el quehacer de nuestra institución.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera poder aumentar la cobertura de acceso a prestaciones de rehabilitación a los usuarios en situación de discapacidad transitoria o permanente, mediante una adecuada articulación de los procesos de derivación entre los diversos actores de la red asistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro estadístico de ingresos a nuestro establecimiento.</li> <li>• Existencia y análisis de lista de espera.</li> </ul>	Anual.	2015: Según registros estadísticos basados en análisis de demanda por acceso de rehabilitación en nuestra comuna, solo el 23,3% de las personas que presentan una patología de origen físico que genera discapacidad moderada a severa, logra acceder a rehabilitación en nuestra comuna.	2016: Se espera que al menos el 35% de las personas derivadas a nuestro establecimiento a causa de una patología de origen físico que genere una situación de discapacidad moderada a severa (transitoria o permanente), puedan acceder a recibir atención.

<p>5. Establecer un flujograma de acceso a prestaciones de rehabilitación para la red comunal de salud, en coordinación con los encargados de los programas de rehabilitación de cada CESFAM, y validado por la dirección del DSM.</p> <p>6. Coordinar una reunión de trabajo con administrativos de SOME de cada CESFAM de la comuna.</p>					<p>2017: Se espera que al menos el 50% de las personas derivadas a nuestro establecimiento a causa de una patología de origen físico que genere una situación de discapacidad moderada a severa (transitoria o permanente), puedan acceder a recibir atención.</p>
--	--	--	--	--	--

<b>DIMENSIÓN POLÍTICO-SANITARIA.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	2. IMPACTO.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	2.1 Mejorar la salud de las PsD en la comuna de Padre Las Casas.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colaborar como CCR, a desarrollar y profundizar las acciones del modelo de Salud Familiar en nuestro sistema comunal de salud.</li> <li>2. Generar reuniones de coordinación con la encargada comunal de Salud Familiar.</li> <li>3. Entregar prestaciones en rehabilitación, basadas en el modelo de Salud Familiar.</li> <li>4. Diseñar e implementar una herramienta de medición del estado de salud en general de las PsD.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera poder implementar las herramientas existentes del modelo de Salud Familiar durante el proceso de rehabilitación, impactando en forma positiva sobre la calidad de la salud de nuestros usuarios y sus familias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro en fichas clínicas.</li> <li>• Resultados de Cuestionario sobre Salud y Desempeño (CSD) aplicado a usuarios y/o cuidadores.</li> </ul>	Anual.	2015: No se ha determinado el estado de salud en general de nuestros usuarios.	<p>2016: Al menos el 30% de los usuarios atendidos en nuestro establecimiento, refieren haber mejorado su estado de salud al finalizar su proceso de rehabilitación.</p> <p>2017: Al menos el 50% de los usuarios atendidos en nuestro establecimiento, refieren haber mejorado su estado de salud al finalizar su proceso de rehabilitación.</p>

## DIMENSIÓN POLÍTICO-SANITARIA.

TEMA ESTRATÉGICO	2. IMPACTO.				
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2.2 Contribuir a mejorar los niveles de inclusión social de las PsD que viven en la comuna.				
INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESULTADOS ESPERADOS	VERIFICADORES	FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES	LÍNEA BASE DE MEDICIÓN	META
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseñar y ejecutar un protocolo para el proceso de inclusión social para nuestros usuarios, basado en las necesidades consensuadas y específicas de los usuarios y sus familiares con nuestro equipo.</li> <li>2. Realizar procesos de acompañamiento y seguimiento a nuestros usuarios en su ambiente familiar y comunitario, antes del egreso de nuestro establecimiento y posterior a éste.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera poder desarrollar un proceso de inclusión social, específico y definido para cada uno de nuestros usuarios y sus familias, contemplando sus necesidades basadas en cada contexto social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro en fichas clínicas.</li> <li>• Resultados de la aplicación de cuestionarios de evaluación del proceso de inclusión social en PsD.</li> <li>• Registros audiovisuales de actividades realizadas por los usuarios.</li> </ul>	Anual.	2015: No se ha determinado el nivel de inclusión social de las PsD que residen en nuestra comuna.	<p>2016: Al menos el 10% de los usuarios egresados de nuestro establecimiento, logran la inclusión social.</p> <p>2017: Al menos el 20% de los usuarios egresados de nuestro establecimiento, logran la inclusión social.</p> <p>2018: Al menos el 30% de los usuarios egresados de nuestro establecimiento, logran la inclusión social.</p>

<p>3. Realizar un trabajo compartido con las redes sociales y comunitarias más cercanas y pertinentes a las necesidades de cada usuario en particular.</p> <p>4. Determinar una herramienta de evaluación del proceso de inclusión social pertinente a nuestros usuarios.</p>					
---	--	--	--	--	--

<b>DIMENSIÓN POLÍTICO-SANITARIA.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	3. POSICIONAMIENTO.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	3.1 Contribuir al desarrollo y expansión del modelo RBC en el sistema APS.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
1. Difundir nuestra experiencia como institución en reuniones técnicas con otros representantes de la red asistencial. 2. Coordinar junto a SENADIS Región de la Araucanía, actividades de difusión del modelo RBC y nuestra experiencia en otras comunas. 3. Contribuir y colaborar a la difusión y desarrollo del modelo RBC junto al referente técnico del Servicio de Salud Araucanía Sur.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se espera poder contribuir al desarrollo y expansión del modelo RBC en otras comunas, mediante la difusión de nuestra experiencia como institución, colaborando activamente en el desarrollo de nuevos proyectos de rehabilitación en otras comunidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro escrito y audiovisual de reuniones y actividades de difusión realizadas.</li> <li>Documento que establece un plan de difusión en medios de comunicación masiva.</li> </ul>	Anual.	2015: No se han realizado actividades de difusión, gestión, apoyo y asesoría en proyectos de rehabilitación para PsD en otras comunas.	2016: Se han realizado actividades de difusión, gestión, apoyo y asesoría en proyectos de rehabilitación para PsD en al menos 1 comuna durante el año.  2017: Se han realizado actividades de difusión, gestión, apoyo y asesoría en proyectos de rehabilitación para PsD en al menos 2 comunas durante el año.

<p>4. Diseñar y ejecutar un plan de difusión de nuestra experiencia en medios de comunicación masiva (diarios, televisión, radios, medios digitales, otros).</p>					<p>2018: Se han realizado actividades de difusión, gestión, apoyo y asesoría en proyectos de rehabilitación para PsD en al menos 3 comunas durante el año.</p>
--	--	--	--	--	--



<b>DIMENSIÓN USUARIOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	1. PROPUESTA DE VALOR AL USUARIO.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	1.1 Disminuir los grados de dependencia y discapacidad en nuestros usuarios al concluir su proceso de rehabilitación, favoreciendo su proceso de inclusión social.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolizar nuestras prestaciones, basadas en la mayor evidencia científica y clínica disponible.</li> <li>2. Asegurar una adecuada planificación de las intervenciones terapéuticas integrales, orientadas a las necesidades específicas de los usuarios.</li> <li>3. Fortalecer el trabajo coordinado con cuidadores y familiares.</li> <li>4. Implementar un sistema de gestión y seguimiento de casos, orientado hacia la efectividad de las acciones a realizar.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera que al garantizar una adecuada planificación de las acciones de rehabilitación, basadas en las necesidades específicas de cada usuario, éstas tengan un impacto positivo en su nivel de discapacidad y dependencia, favoreciendo la inclusión social de la gran mayoría de los usuarios que son atendidos en nuestro CCR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros en Ficha Clínica.</li> <li>• Registros y sistematización de la aplicación de instrumentos de evaluación funcional del nivel de discapacidad y dependencia en usuarios.</li> </ul>	Anual.	2015: No existe una medición sistematizada del nivel de dependencia y discapacidad para todas las PsD que reciben atención en el Programa de Rehabilitación.	<p>2017: Al menos el 30% de los usuarios que reciben atención en nuestro establecimiento, disminuyen su nivel de dependencia y discapacidad (15% a los 6 meses y 30% a los 12 meses).</p> <p>2018: Al menos el 60% de los usuarios que reciben atención en nuestro establecimiento, disminuyen su nivel</p>

5. Aumentar la oferta de profesionales y prestaciones eficaces en la rehabilitación de nuestros usuarios.					de dependencia y discapacidad (30% a los 6 meses y 60% a los 12 meses).
---	--	--	--	--	---

<b>DIMENSIÓN USUARIOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	1. PROPUESTA DE VALOR AL USUARIO.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	1.2 Disminuir la incidencia de nuevos eventos prevenibles o condiciones que pudieran generar un mayor grado de discapacidad en nuestros usuarios.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
1. Contar con oferta de horas médicas en nuestro establecimiento. 2. Establecer un sistema de monitoreo y seguimiento a los usuarios en coordinación con encargados de Programa Cardiovascular y del Adulto en cada CESFAM de la comuna. 3. Coordinar con alguna universidad interesada que disponga de las carreras de Ingeniería en Construcción y Arquitectura, un proyecto de evaluación de barreras arquitectónicas en domicilios de nuestros usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se espera poder prevenir o disminuir la incidencia de nuevos eventos prevenibles mediante un adecuado control y seguimiento a los usuarios. De igual forma, se espera un impacto positivo en la condición clínica de los usuarios mediante el mejoramiento de las condiciones de accesibilidad en sus domicilios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros en Ficha Clínica.</li> <li>Registros estadísticos.</li> <li>Informe técnico dirigido a las autoridades comunales, con la propuesta de ejecutar un plan de mejoramiento de la accesibilidad en los domicilios de usuarios de nuestro establecimiento.</li> <li>Registro audiovisual de acciones realizadas.</li> </ul>	Anual.	2015: El 90% de los usuarios del programa de rehabilitación integral cuentan con controles al día en su CESFAM. Se han ejecutado solo evaluaciones parciales de barreras arquitectónicas en solo 15 usuarios ingresados, pero no se han ejecutado ninguna acción coordinada de mejoramiento en la accesibilidad domiciliar de los usuarios.	2016: El 100% de los usuarios que reciben prestaciones de rehabilitación en nuestro establecimiento, cuentan con controles al día en su CESFAM.  2017: Se realizan evaluaciones de barreras arquitectónicas domiciliarias a 50 usuarios, presentando sus resultados a la autoridad local.

<p>4. Elaborar un informe donde cuantifique los recursos económicos necesarios para ejecutar un programa de mejoramiento de accesibilidad en los domicilios de nuestros usuarios.</p> <p>5. Identificar posibles vías de financiamiento a la ejecución del programa de mejoramiento de la accesibilidad domiciliaria.</p>					<p>2018: 50 usuarios de nuestro establecimiento son beneficiados con el mejoramiento en la accesibilidad en sus domicilios.</p>
---	--	--	--	--	---

<b>DIMENSIÓN USUARIOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	2. ATRIBUTOS DEL SERVICIO.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	2.1 Mejorar la calidad de vida y satisfacción de nuestros usuarios y sus familias.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer un sistema de medición de la calidad de vida y satisfacción usuaria en nuestro establecimiento.</li> <li>2. Contar con personal administrativo altamente capacitado en orientar y gestionar las solicitudes de nuestros usuarios.</li> <li>3. Planificación consensuada del tratamiento entre el equipo de rehabilitación y nuestros usuarios,</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera que nuestros funcionarios entreguen prestaciones y servicios integrales y de alto impacto en la calidad de vida de nuestros usuarios, basados en la calidad, buen trato y satisfacción por los servicios brindados durante todo el proceso de rehabilitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuestas de calidad de vida relacionada a la salud.</li> <li>• Encuestas de satisfacción usuaria.</li> <li>• Registros en libro de felicitaciones, sugerencias, consultas y reclamos, disponible en recepción.</li> </ul>	Anual.	2015: No se han aplicado encuestas de calidad de vida y satisfacción usuaria en nuestros usuarios.	2017: Al menos el 75% de los usuarios atendidos durante el año, manifiestan haber mejorado su calidad de vida y estar satisfechos con el servicio recibido por nuestros funcionarios.

<p>orientado a las necesidades específicas y funcionales de ellos.</p> <p>4. Desarrollo y ejecución con los funcionarios de nuestro establecimiento, de un plan de difusión de buenas prácticas, trato al usuario y manejo de conflictos, orientadas a la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias.</p>					
---	--	--	--	--	--

<b>DIMENSIÓN USUARIOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	2. ATRIBUTOS DEL SERVICIO.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	2.2 Disminuir los tiempos de espera, garantizando un acceso oportuno a las PsD que soliciten atención por primera vez en nuestro CCR.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño de agenda profesional semanal con horarios protegidos para ingreso de nuevos usuarios.</li> <li>2. Garantizar disponibilidad de traslado en móvil institucional a usuarios que lo requieran.</li> <li>3. Coordinación y confirmación de horas agendadas mediante contacto telefónico por funcionario administrativo.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera que nuestros usuarios puedan acceder en forma oportuna a nuestro establecimiento, mediante una adecuada gestión del proceso de asignación de horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros de atención en base de datos y ficha clínica.</li> <li>• Agenda profesional centralizada.</li> <li>• Existencia de lista de espera.</li> </ul>	Anual.	<p>2015: No se han determinado los tiempos de espera por acceso a servicios de rehabilitación. Solo se ha constatado la existencia de lista de espera por acceso a rehabilitación.</p>	<p>2016: Al menos el 50% de los usuarios ingresados, reciben su primera atención dentro de los 10 días hábiles posteriores de haber sido derivado por un Médico.</p> <p>2017: Al menos el 75% de los usuarios ingresados, reciben su primera atención dentro de los 10 días hábiles posteriores de haber sido derivados por un Médico.</p>

## DIMENSIÓN USUARIOS.

TEMA ESTRATÉGICO	3. DIFUSIÓN.				
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.1 Contribuir a mejorar el conocimiento del modelo RBC y de atención de nuestro establecimiento en los diversos actores comunitarios e institucionales.				
INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESULTADOS ESPERADOS	VERIFICADORES	FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES	LÍNEA BASE DE MEDICIÓN	META
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseñar una imagen institucional que identifique a nuestro CCR.</li> <li>2. Identificar y contactar a los actores comunitarios más relevantes para el desarrollo de nuestro establecimiento.</li> <li>3. Diseñar y establecer un programa de difusión de las acciones desarrolladas por nuestro CCR en conjunto con actores comunitarios.</li> <li>4. Diseñar y ejecutar un Programa de Capacitación en temas de rehabilitación y discapacidad para funcionarios de nuestro</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera que exista un mayor conocimiento acerca de las temáticas de discapacidad y rehabilitación por parte de los principales actores comunitarios e institucionales, lo cual favorecerá a tener una mayor identidad institucional, facilitando la articulación de las redes asociadas a nuestro establecimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos de trabajo y actas de reuniones con actores comunitarios.</li> <li>• Programa de capacitación en temas de discapacidad y rehabilitación.</li> <li>• Registros audiovisuales de actividades realizadas.</li> <li>• Listados de asistencia a actividades de difusión y capacitación.</li> </ul>	Anual.	2015: Solo se han ejecutado reuniones preliminares de coordinación con algunos actores institucionales, pero no se han realizado actividades de difusión con actores comunitarios.	2016: Se realizan al menos 1 actividad programada al año de difusión con actores comunitarios. De igual modo, se ejecuta 1 actividad de capacitación al año en temas de discapacidad y rehabilitación, la cual es dirigida a actores institucionales.

<p>DSM y otras reparticiones municipales e institucionales.</p> <p>5. Realizar una vez al año, una actividad de rendición de cuentas en relación a la gestión realizada en nuestra institución, en presencia de la comunidad, instituciones locales y autoridades comunales.</p>				<p>2017: Se realizan al menos 2 actividades programadas al año de difusión con actores comunitarios. De igual modo, se ejecutan 2 actividades de capacitación al año en temas de discapacidad y rehabilitación, las cuales son dirigidas a actores institucionales.</p>
--	--	--	--	---

## DIMENSIÓN USUARIOS.

TEMA ESTRATÉGICO	3. DIFUSIÓN.				
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.2 Contribuir a la formación de nuevos profesionales de la salud con habilidades y competencias en el modelo RBC desarrollado en nuestro establecimiento.				
INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESULTADOS ESPERADOS	VERIFICADORES	FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES	LÍNEA BASE DE MEDICIÓN	META
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseñar en conjunto con la Dirección de nuestro DSM, una propuesta de campo clínico para ser presentada a las diversas instituciones de educación superior que pudieran estar interesadas.</li> <li>2. Definir junto al equipo profesional de nuestra institución, los objetivos y lineamientos básicos a desarrollar con alumnos de pregrado.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera que nuestra institución contribuya a la formación de nuevos profesionales de la salud en el área de la rehabilitación, con un fuerte énfasis en el enfoque comunitario y social, basando sus acciones en el modelo RBC desarrollado por nuestra institución. A la vez, se espera recibir como retribución, acceder a la adquisición de equipamiento clínico pertinente a las necesidades de nuestra institución, y que también contribuirá a la formación de nuevos profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenio Docente-Asistencial establecido entre nuestro municipio y alguna universidad.</li> <li>• Registros de actividades docente-asistenciales.</li> <li>• Registro de adquisiciones de equipamiento clínico.</li> </ul>	Anual.	2015: Nuestro municipio está en proceso de definir un convenio docente-asistencial con alguna universidad con presencia regional.	2016: Existe un convenio docente-asistencial con una universidad acreditada y que imparta carreras de la salud en el área de la rehabilitación.



<b>DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	1. EXCELENCIA OPERACIONAL				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	1.1 Obtener la Autorización Sanitaria y Acreditación de Calidad como establecimiento de salud.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestionar asesoría desde Seremi de Salud para iniciar proceso de autorización sanitaria.</li> <li>2. Gestionar asesoría con el encargado de calidad del DSM de nuestra comuna, para alinear nuestro proceso de acreditación con el resto de los establecimientos de salud de la comuna.</li> <li>3. Capacitar a nuestros funcionarios en relación a las necesidades y responsabilidades que conlleva cumplir con ambos procesos.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer de una institución que cumpla con la normativa vigente en relación a su funcionamiento, asegurando la calidad y seguridad en la entrega de sus prestaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución emitida por la Seremi de Salud de la Región de la Araucanía en donde aprueba la Autorización Sanitaria de nuestro establecimiento.</li> <li>• Certificado emitido por la Superintendencia de Salud en donde acredite la calidad de los procesos a realizar en nuestro establecimiento.</li> </ul>	Anual.	2015: No existe resolución que apruebe la Autorización Sanitaria para nuestro establecimiento, y por lo tanto, no se ha realizado el proceso de acreditación para instituciones de atención abierta.	<p>2016: Se obtiene registro de Autorización Sanitaria para nuestro establecimiento.</p> <p>2017: Se obtiene la acreditación de nuestro establecimiento como prestador de atención abierta.</p>

<b>DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	1. EXCELENCIA OPERACIONAL				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	1.2 Diseñar una cartera de prestaciones definidas y pertinentes a las necesidades de nuestros usuarios.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
1. Organizar una reunión de trabajo con el equipo para definir las prestaciones pertinentes a ofrecer a nuestros usuarios. 2. Gestionar reuniones con Director del DSM de nuestra comuna y con Referente Técnico en Programas de Rehabilitación del Servicio de Salud para consensuar propuesta de cartera de prestaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de una cartera de prestaciones definidas y pertinentes a las necesidades de nuestros usuarios, en el contexto de la APS en donde se enmarca el desarrollo de nuestro establecimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documento con cartera de prestaciones para nuestro establecimiento, avalado por la Dirección del DSM de nuestra comuna.</li> </ul>	Anual.	2015: No existe una cartera de prestaciones definidas para los usuarios del CCR Padre Las Casas.	2016: Existe una cartera de prestaciones definidas para los usuarios del CCR Padre Las Casas.

## DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.

<b>DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	2. RELACIÓN CON LOS USUARIOS.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	2.1 Aumentar la capacidad resolutive de acuerdo a las necesidades de los usuarios.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestionar con Director del DSM la contratación de horas profesionales de: Psicólogo, Asistente Social y Médico General.</li> <li>2. Gestionar con universidades la contratación de horas profesionales de: Kinesiólogo, Fonoaudiólogo y Terapeuta Ocupacional.</li> <li>3. Gestionar convenio o proyecto para la puesta en marcha de un equipo de rehabilitación rural.</li> <li>4. Diseñar un instrumento que determine la resolutive de las</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera aumentar la cobertura por medio de un amplio equipo interdisciplinario altamente calificado y comprometido con el abordaje integral de las necesidades de nuestros usuarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento con copias de decretos municipales que indiquen la contratación y asignación de horas profesionales para nuestro establecimiento.</li> <li>• Planes de tratamiento consensuados, en donde se describan las necesidades de abordaje por la intervención del equipo.</li> <li>• Encuestas de resolutive de necesidades en rehabilitación</li> </ul>	Anual.	2015: Existe la contratación de 3 jornadas de 44 horas semanales de Kinesiólogo, 2 jornadas de 44 horas semanales de Terapeuta Ocupacional y 1 jornada de 44 horas semanales de Técnico en Enfermería Nivel Superior. No existe un equipo de rehabilitación rural con dedicación exclusiva a esta demanda. No se ha determinado la resolutive de	2016: Existe la contratación adicional de al menos las siguientes horas profesionales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Médico General por 22 hrs semanales.</li> <li>• 1 Kinesiólogo por 44 hrs semanales.</li> <li>• 1 Fonoaudiólogo por 44 hrs semanales.</li> <li>• 1 Psicólogo por 44 hrs semanales.</li> <li>• 1 Asistente Social por 44 hrs semanales.</li> </ul>

<p>necesidades de rehabilitación aplicado a usuarios y/o familiares que reciben atención en nuestra institución.</p>		<p>aplicada a usuarios al momento del egreso de nuestra institución.</p>		<p>las necesidades de rehabilitación de nuestros usuarios.</p>	<p>2017: Existe un equipo de rehabilitación rural conformado por una dupla Kinesiólogo-Terapeuta Ocupacional contratados por 44 hrs. cada uno.</p> <p>2018: El 70% de los usuarios manifiestan haber resuelto sus necesidades en rehabilitación durante el año.</p>
--	--	--	--	--	---

<b>DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	2. RELACIÓN CON LOS USUARIOS.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	2.2 Mejorar la gestión del traslado de usuarios en móvil institucional, garantizando una adecuada cobertura.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseñar un sistema de georreferenciación de los domicilios de los usuarios de nuestro establecimiento.</li> <li>2. Diseño de la agenda con usuarios que requieren traslado.</li> <li>3. Planificación de los traslados de usuarios según sector geográfico de residencia.</li> <li>4. Aumentar la cobertura de atención con equipo de rehabilitación rural.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera poder aumentar la cobertura de traslados a usuarios que lo requieran por medio del uso eficiente del móvil institucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapas con georreferencia de los domicilios de nuestros usuarios.</li> <li>• Agenda de traslados de usuarios.</li> <li>• Registros de atenciones a usuarios por parte del equipo de rehabilitación rural.</li> </ul>	Anual.	2015: Actualmente contamos con un móvil institucional que entrega cobertura de traslado al 50% de los usuarios urbanos y al 25% de los usuarios rurales.	2017: Del total de usuarios que requieren traslado para acceder al CCR durante el año, el 75% de los usuarios urbanos y el 50% de usuarios rurales reciben este servicio en forma eficiente.

## DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.

TEMA ESTRATÉGICO	2. RELACIÓN CON LOS USUARIOS.				
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2.3 Aumentar las habilidades y conocimientos pertinentes en cuidadores y familiares de nuestros usuarios.				
INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESULTADOS ESPERADOS	VERIFICADORES	FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES	LÍNEA BASE DE MEDICIÓN	META
<p>1. Establecer un plan de capacitaciones para cuidadores de usuarios en situación de discapacidad, que aborde las principales temáticas.</p> <p>2. Coordinar participación de otros profesionales de la salud (Nutricionista, Matrona, Dentista, Enfermera) para la elaboración y desarrollo del plan de capacitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se espera que los cuidadores de nuestros usuarios cuenten con herramientas adecuadas y pertinentes para complementar y fortalecer el proceso de rehabilitación, disminuyendo así la sobrecarga física y psicológica a la que pudieran estar expuestos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documento en donde se establece un Plan de Capacitaciones para Cuidadores de PsD.</li> <li>Listado de asistencia a capacitación y registros audiovisuales.</li> <li>Certificados de capacitación.</li> </ul>	Anual.	2015: No existe un plan de capacitaciones a los cuidadores de nuestros usuarios. Solo se entregan indicaciones a los cuidadores y familiares en forma individual, considerando las necesidades inmediatas. No existe una medición del nivel de conocimiento de los cuidadores.	2016: El 75% de los cuidadores de usuarios participan del Plan de Capacitación a Cuidadores, con un nivel de aprobación de los participantes de al menos un 90%.

<b>DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	3. EDUCACIÓN Y VINCULACIÓN COMUNITARIA.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	3.1 Aumentar el desarrollo de acciones de promoción de vida saludable e inclusiva y prevención de la discapacidad en la comunidad.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseñar e implementar un Plan de Promoción de Vida Saludable e Inclusiva, basado en la difusión de los derechos humanos de las PsD, a implementar en espacios comunitarios y educativos.</li> <li>2. Coordinar acciones en conjunto con el programa comunal de promoción en salud.</li> <li>3. Gestionar la implementación de un Programa de Rehabilitación Metabólica para</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera que la comunidad en general, y principalmente los niños y adolescentes, comprendan la importancia de una vida saludable, basada en la prevención de enfermedades crónicas, el respeto por los derechos humanos y la no discriminación de las PsD. A la vez, se busca ejecutar acciones terapéuticas con demostrada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento en donde se establece un Plan de Promoción de Vida Saludable e Inclusiva para espacios comunitarios y educativos.</li> <li>• Listado de asistencia a actividades y registros audiovisuales.</li> <li>• Registros estadísticos, fichas clínicas y listado de</li> </ul>	Anual.	2015: No existe un Plan de Promoción de Vida Saludable e Inclusiva para desarrollar en espacios comunitarios y educativos. Existe un plan piloto para el desarrollo de un Programa de Rehabilitación Metabólica.	2017: Existe en ejecución un Plan de Promoción de Vida Saludable e Inclusiva, desarrollando al menos 12 actividades al año en espacios comunitarios y educativos. Existe un Programa de Rehabilitación Metabólica incorporado a la cartera de prestaciones de nuestro establecimiento.

usuarios con factores de riesgo cardiovascular y sin discapacidad.	eficacia clínica sobre factores de riesgo cardiovascular, basadas en el ejercicio físico como herramienta.	asistentes a Programa de Rehabilitación Metabólica.			
--	--	---	--	--	--

<b>DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	3. EDUCACIÓN Y VINCULACIÓN COMUNITARIA.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	3.2 Aumentar el desarrollo de acciones que favorezcan la participación social y fortalecimiento de las PsD.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generar espacios compartidos de comunicación con todas las organizaciones de PsD existentes en la comuna.</li> <li>2. Diseñar y ejecutar un plan de trabajo compartido entre todas las organizaciones de PsD de nuestra comuna y nuestro establecimiento, basado en las necesidades y derechos de todas las PsD.</li> <li>3. Determinar una cartera de proyectos a favor de las PsD, identificando posibles fuentes de financiamiento y apoyo.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera poder fortalecer la participación social de las PsD, mediante un trabajo mancomunado con las organizaciones de PsD existentes, basados en el conocimiento y ejercicio de los derechos establecidos para las PsD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento en donde se establece un plan de difusión y apoyo compartido entre todas las organizaciones de PsD existentes en la comuna y nuestro establecimiento.</li> <li>• Acta de reuniones con organizaciones de PsD con acuerdos y compromisos establecidos.</li> <li>• Registro de actividades de apoyo y/o asesorías a organizaciones de PsD de nuestra comuna.</li> </ul>	Anual.	2015: No existe un plan de difusión y apoyo compartido entre todas las organizaciones de PsD existentes en la comuna y nuestro establecimiento. Por lo tanto, tampoco existen acciones de apoyo o asesoría en temas relevantes para las organizaciones y las PsD.	2017: Existe en ejecución un plan de difusión y apoyo compartido entre las organizaciones de PsD existentes en la comuna y nuestra institución, desarrollando al menos 1 actividad de apoyo y/o asesorías a temas relevantes para cada una de las 9 organizaciones existentes en la comuna y las PsD en general.

<b>DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	3. EDUCACIÓN Y VINCULACIÓN COMUNITARIA.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	3.3 Aumentar la participación de la comunidad en el desarrollo de acciones a favor de la rehabilitación e inclusión social de las PsD de nuestra comuna.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar acciones de difusión de nuestro establecimiento en diversos espacios comunitarios, con el objetivo de identificar posibles monitores y voluntarios.</li> <li>2. Diseñar un mapa epidemiológico con georreferencia de los domicilios de los usuarios.</li> <li>3. Diseñar y ejecutar un programa de formación de monitores comunitarios en rehabilitación, identificando territorios de acción pertinentes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera que la comunidad tome mayor conciencia de la necesidad de generar acciones efectivas y participativas hacia la inclusión social de las PsD, mediante el desarrollo de diversas iniciativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros audiovisuales de actividades de difusión.</li> <li>• Mapa epidemiológico con georreferencia de los domicilios de nuestros usuarios.</li> <li>• Documento que establece los programas de formación de monitores y voluntarios de rehabilitación.</li> </ul>	Anual.	<p>2015: No existen programas de formación de monitores y voluntarios en rehabilitación asociados a nuestro establecimiento.</p>	<p>2017: Existe un programa de formación de monitores en rehabilitación asociados a nuestro establecimiento.</p> <p>2018: Existe un programa de formación de voluntarios para PsD asociados a nuestro establecimiento.</p>

4. Conocer experiencias de voluntariado para la colaboración en el trabajo con PsD. 5. Diseñar y ejecutar un programa de formación en voluntariado para PsD.					
---	--	--	--	--	--

<b>DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	4. GESTIÓN INTERSECTORIAL.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	4.1 Mejorar la gestión, comunicación y coordinación con la red asistencial y otros actores intersectoriales atingentes.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer reuniones de trabajo para mejorar la comunicación y coordinación con los diversos actores de la red asistencial.</li> <li>2. Identificar y contactar a los principales actores intersectoriales más atingentes al desarrollo de nuestra institución.</li> <li>3. Identificar la oferta de prestaciones existentes para las PsD en las diversas instituciones intersectoriales.</li> <li>4. Establecer un plan de trabajo compartido con los principales actores intersectoriales.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se espera poder fortalecer los vínculos y coordinación con la red asistencial, lo cual influye directamente en los procesos logísticos e internos de nuestra institución. A la vez, se busca orientar a nuestros usuarios respecto al acceso a la oferta de prestaciones existentes en instituciones intersectoriales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de reuniones con acuerdos establecidos.</li> <li>• Registro estadístico de reuniones de gestión y coordinación.</li> </ul>	Anual.	2015: Solo se han ejecutado reuniones con algunos actores de la red asistencial. No se han ejecutado reuniones con actores intersectoriales atingentes.	<p>2016: Se han realizado al menos 6 reuniones (1 reunión cada 2 meses) con actores tanto de la red asistencial como del intersector.</p> <p>2017: Se han realizado al menos 12 reuniones (1 reunión cada mes) con actores tanto de la red asistencial como del intersector.</p>

<b>DIMENSIÓN PROCESOS INTERNOS.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	4. GESTIÓN INTERSECTORIAL.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	4.2 Mejorar el desarrollo de acciones a favor de la inclusión socio-laboral y comunitaria de nuestros usuarios.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Diseñar y ejecutar un Programa de Inclusión Socio-Laboral para los usuarios que reciban atención en nuestro establecimiento, basado en la metodología para la inclusión laboral propuesta por la SOFOFA.</li> <li>Generar una cartera de proyectos de capacitación en diversas temáticas, orientadas a impulsar estrategias de micro-emprendimiento con usuarios interesados.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se espera poder generar instancias de apoyo, gestión y coordinación con directo impacto en la génesis de oportunidades para la inclusión socio-laboral de los usuarios que lo requieran.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documento que establece el Plan para la Inclusión Socio-Laboral en usuarios de nuestro establecimiento.</li> <li>Registro audiovisual y de asistencia de usuarios que participan de las actividades, talleres y capacitación socio-laboral.</li> </ul>	Anual.	2015: No existe un plan establecido para la efectiva inclusión socio-laboral de nuestros usuarios. Por lo tanto, no existen usuarios beneficiados con este tipo de estrategias.	<p>2017: Existe un plan establecido para la inclusión socio-laboral.</p> <p>2018: Al menos, el 20% de los usuarios incorporados al plan, obtienen la inclusión socio-laboral en forma efectiva.</p>

<p>3. Coordinar acciones de apoyo y asesoría a nuestros usuarios con diversas instituciones que oferten oportunidades a favor de la inclusión laboral de PsD.</p> <p>4. Participar activamente de las acciones impulsadas por la mesa comunal para la inclusión laboral de PsD en la comuna de Temuco.</p> <p>5. Realizar un catastro junto a la OMIL de nuestro municipio, de PYMEs y empresas interesadas en ofertar oportunidades laborales para PsD en nuestra comuna.</p>					
--	--	--	--	--	--



<b>DIMENSIÓN APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	1. COMPETENCIAS				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	1.1 Aumentar los conocimientos y habilidades de nuestros funcionarios en los modelos de Salud Familiar y Rehabilitación Basada en la Comunidad.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asistencia a cursos, seminarios y otras instancias de capacitación en Salud Familiar y RBC.</li> <li>2. Recibir asesoría técnica por Médico de Salud Familiar.</li> <li>3. Participación en diplomados de Salud Familiar y RBC.</li> <li>4. Pasantías en otras instituciones en donde se desarrollen estos modelos.</li> </ol>	<p>Funcionarios capacitados entregan prestaciones integrales, considerando al usuario y su grupo familiar como el centro de la atención dentro del contexto comunitario que les rodea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha clínica considera elementos del modelo de Salud Familiar.</li> <li>• Certificados de capacitación.</li> <li>• Antes de iniciar el proceso de rehabilitación, se considera un plan de tratamiento consensuado entre el equipo tratante y el usuario y su familia.</li> <li>• Se ejecutan actividades asociadas a la inclusión social en el contexto comunitario de los usuarios.</li> </ul>	Anual.	2015: 33% de los funcionarios de nuestra institución cuentan con conocimientos y habilidades en los modelos de Salud Familiar y RBC (2 funcionarios de un total de 6).	2017: El 90% de los funcionarios del CCR cuentan con conocimientos y habilidades en los modelos de Salud Familiar y RBC.

<b>DIMENSIÓN APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	1. COMPETENCIAS				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	1.2 Aumentar los conocimientos y habilidades específicas que sean atingentes a las principales patologías que presentan nuestros usuarios.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asistencia a cursos, seminarios y otras instancias de capacitación en temas clínicos atingentes.</li> <li>2. Recibir asesoría técnica por especialistas en áreas relevantes.</li> <li>3. Participación en diplomados y cursos de especialización en temas clínicos relevantes.</li> <li>4. Pasantías en otras instituciones en donde se ejecuten prácticas relevantes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar un Plan Anual de Capacitación para los funcionarios con temas clínicos relevantes para la atención de los usuarios.</li> <li>• Funcionarios capacitados entregan prestaciones integrales, específicas y con mayor resolutivez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento del Plan Anual de Capacitación para funcionarios del CCR.</li> <li>• Certificados de capacitación.</li> <li>• Registro en ficha clínica con la ejecución de prestaciones específicas.</li> </ul>	Anual.	2015: 33% de los funcionarios de nuestra institución cuentan con conocimientos y habilidades específicas para el manejo de las patologías más atingentes que presentan nuestros usuarios (2 funcionarios de un total de 6).	2017: El 90% de los funcionarios del CCR cuentan con conocimientos y habilidades específicas para el manejo de las patologías más atingentes que presentan nuestros usuarios.

## DIMENSIÓN APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO.

TEMA ESTRATÉGICO	1. COMPETENCIAS				
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1.3 Aumentar los conocimientos y habilidades de nuestros funcionarios para el desarrollo de acciones docentes-asistenciales.				
INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESULTADOS ESPERADOS	VERIFICADORES	FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES	LÍNEA BASE DE MEDICIÓN	META
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asistencia a cursos, seminarios y otras instancias de capacitación en docencia para carreras de la salud.</li> <li>2. Recibir asesoría técnica por docentes de campos clínicos.</li> <li>3. Participación en diplomados y/o cursos en docencia.</li> <li>4. Pasantías en otras instituciones en donde se ejecuten prácticas relevantes para docencia.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar un convenio docente-asistencial con alguna universidad que imparta carreras de la salud en el área de la rehabilitación.</li> <li>• Profesionales de nuestra institución con competencias para ejercer acciones docentes-asistenciales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento donde se establece convenio docente-asistencial con alguna universidad que imparta carreras de la salud en el área de la rehabilitación.</li> <li>• Certificados de capacitación.</li> </ul>	Anual.	2015: 0% de los funcionarios de nuestra institución cuentan con conocimientos y habilidades para el desarrollo de acciones docentes-asistenciales.	<p>2017: El 50% de los funcionarios del CCR cuentan con conocimientos y habilidades para el desarrollo de acciones docentes-asistenciales.</p> <p>2018: El 75% de los funcionarios del CCR cuentan con conocimientos y habilidades para el desarrollo de acciones docentes-asistenciales.</p>

## DIMENSIÓN APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO.

<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	2. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y TECNOLOGÍA.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	2.1 Mejorar los sistemas de registros clínicos, protocolos, flujogramas y manejo de datos relevantes.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reuniones de equipo para generar consensos para el diseño de un registro clínico único, protocolos y flujogramas.</li> <li>2. Revisión de guías clínicas y principales recomendaciones basadas en la evidencia científica existente para la formulación de protocolos de atención.</li> <li>3. Recibir asesorías con ingenieros informáticos para el diseño de base de datos y ficha clínica electrónica.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Software con Ficha clínica electrónica pertinente a las necesidades de nuestros usuarios.</li> <li>• Agenda centralizada de pacientes.</li> <li>• Protocolos y flujogramas de atención a usuarios según origen de discapacidad.</li> <li>• Flujogramas de derivación a nuestro CCR.</li> <li>• Base de datos y registros estadísticos con información relevante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha clínica única y base de datos en formato electrónico.</li> <li>• Agenda de pacientes centralizada en formato electrónico.</li> <li>• Documento único con flujogramas y protocolos clínicos de atención a usuarios.</li> </ul>	Anual.	<p>2015: Existe ficha clínica en formato de papel. No existe un flujograma diseñado y conocido entre los principales actores de la red asistencial. No existen protocolos de atención según el origen de discapacidad de los usuarios. Existen solo archivos en formato de papel con principales antecedentes de los usuarios.</p>	<p>2016: Existe un flujograma para la derivación de usuarios, conocido por los principales actores en la red asistencial. Existen protocolos y flujogramas de atención a usuarios según origen de discapacidad.</p> <p>2017: Existe una ficha clínica única en formato electrónico, asociada a una base de datos relevantes para la mejoría de los procesos de atención a los usuarios.</p>

<b>DIMENSIÓN APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	2. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y TECNOLOGÍA.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	2.2 Aumentar el conocimiento respecto a la situación de discapacidad en nuestra comunidad.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión de metodología pertinente al desarrollo de un diagnóstico participativo en relación a una situación de salud.</li> <li>2. Reuniones de equipo para revisión de antecedentes y generar coordinaciones y gestiones necesarias para convocar a los principales involucrados e informantes relevantes.</li> <li>3. Convocatorias a reuniones participativas y entrevistas a grupos focales e informantes relevantes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las principales temáticas, desafíos y problemáticas que conciernen a las Personas en Situación de Discapacidad en la comuna de Padre Las Casas, estimando posibles soluciones a sus demandas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento único con Diagnóstico Comunitario Participativo de la situación de discapacidad en la comuna de Padre Las Casas.</li> </ul>	Anual.	2015: No existe documento con Diagnóstico Comunitario Participativo de la situación de discapacidad en la comuna de Padre Las Casas.	2016: Existe documento con Diagnóstico Comunitario Participativo de la situación de discapacidad en la comuna de Padre Las Casas.

<b>DIMENSIÓN APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	2. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y TECNOLOGÍA.				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	2.3 Desarrollar acciones de investigación clínica en rehabilitación y discapacidad.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reuniones de equipo para definir principales temáticas y líneas de investigación.</li> <li>2. Generar coordinación con investigadores y universidades interesadas en generar proyectos de tesis e investigación en esta área.</li> <li>3. Capacitación en metodología de la investigación.</li> <li>4. Postulación a fondos concursables en investigación.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poder aumentar la evidencia científica que respalde el desarrollo de diversas acciones y programas a favor de la rehabilitación e inclusión social de las PsD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copias de proyectos de tesis desarrollados en nuestro establecimiento.</li> <li>• Certificados de participación en instancias de difusión científica o académicas.</li> <li>• Artículos publicados en revistas científicas.</li> </ul>	Anual.	2015: No existen acciones de investigación clínica en rehabilitación y discapacidad.	<p>2016: Asesorar al menos 2 proyectos de tesis (pre y/o post grado) y presentar al menos 1 trabajo en congreso y/o curso.</p> <p>2018: Desarrollar al menos 1 investigación clínica en alguna temática relevante para nuestra institución.</p>

<b>DIMENSIÓN APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	3. CLIMA ORGANIZACIONAL				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	3.1 Mejorar las estrategias de autocuidado en el equipo del CCR, contribuyendo a la satisfacción de cada uno de sus integrantes.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer un calendario anual de actividades de autocuidado.</li> <li>2. Fomentar la participación de todos los integrantes del equipo, sin discriminación alguna.</li> <li>3. Establecer un instrumento validado para determinar la satisfacción de nuestros funcionarios.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con un equipo motivado, proactivo, cohesionado y fortalecido frente a los crecientes desafíos que conlleva asumir el desarrollo de nuestra institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listados de participantes a actividades de autocuidado.</li> <li>• Registro en agenda centralizada.</li> <li>• Registros audiovisuales.</li> <li>• Aplicación de instrumento validado para determinar la satisfacción de nuestros funcionarios.</li> </ul>	Anual.	2015: Existen solo actividades de autocuidado cada 3 meses. No se ha estimado el nivel de satisfacción de nuestros funcionarios.	2016: Se realizan actividades de autocuidado en forma mensual. Al menos el 80% de los funcionarios manifiesta desarrollar sus funciones en forma satisfactoria.

<b>DIMENSIÓN APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO.</b>					
<b>TEMA ESTRATÉGICO</b>	3. CLIMA ORGANIZACIONAL				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	3.2 Mejorar los canales de participación y comunicación entre los integrantes del equipo de nuestro establecimiento.				
<b>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>LÍNEA BASE DE MEDICIÓN</b>	<b>META</b>
1. Establecer un calendario anual de reuniones de equipo. 2. Establecer las bases para ejecutar buenas prácticas como integrantes del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con un equipo cohesionado, en donde las dificultades y desafíos sean una oportunidad para el aprendizaje organizacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listados de participantes a reuniones de equipo.</li> <li>• Libro de acta de reuniones.</li> <li>• Documento de compromiso a desarrollar buenas prácticas firmado por todos los integrantes del equipo.</li> </ul>	Anual.	2015: Existen solo reuniones de equipo una vez al mes.	2016: Se realizan reuniones de equipo al menos 2 veces en cada mes.

*Fuente: Elaboración propia.*

## **6. Reflexiones finales y conclusiones.**

Sin duda, poder realizar un proceso de Planificación Estratégica para instituciones de salud, no es una materia fácil, pero es absolutamente necesario.

No es fácil, debido a que el sector salud ha sido generalmente guiado por procesos de planificación basados en presupuestos año tras año, a pesar que durante el último tiempo han sido desarrolladas algunas experiencias, principalmente a nivel hospitalario y de servicios de salud (45). A esto debemos agregar otras situaciones como la resistencia al cambio en la organizaciones, así como también la falta de experticia y/o desconocimiento por parte de los gestores y funcionarios sanitarios en el uso y aplicación de estas herramientas y conceptos, los cuales por años la industria y el comercio han dado uso en forma más amplia, con alentadores resultados. Son quizás esas exitosas experiencias en estos sectores, lo que ha motivado a los planificadores ir más allá y cruzar la barrera cada vez más hacia lo público, adaptando estas herramientas a las organizaciones con el fin de lograr la mayor rentabilidad y bienestar social para todos los ciudadanos mediante el uso eficiente de los recursos públicos.

La Planificación Estratégica es necesaria para las organizaciones modernas, y debe ser considerada como tal por las instituciones públicas. En este sentido, los sistemas de salud deben avanzar cada día más en implementar este tipo de herramientas para sus organizaciones, debido principalmente a la consideración de varios factores:

- La silenciosa, pero creciente demanda de la sociedad que clama por una mayor atención y solución a sus necesidades de salud, lo que se traduce finalmente en mayores requerimientos de recursos para el

sector y un uso eficiente de éstos, procurando la eliminación de barreras o inequidades que impidan a las personas acceder a la cobertura de sus necesidades sanitarias.

- Los rápidos y venideros cambios epidemiológicos por los cuales nuestra sociedad está transitando, principalmente en el aumento del envejecimiento y la esperanza de vida de la población, así como las crecientes tasas de enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad.
- La necesidad de avanzar hacia un sistema de salud solidario y participativo, basado en la Atención Primaria de Salud, y en donde las organizaciones sanitarias puedan adaptarse a las condiciones y requerimientos de las poblaciones a las cuales brindan sus servicios.

Cumpliendo con los objetivos establecidos para la presente tesis, en primer lugar se realizó un análisis estratégico, identificando las principales problemáticas y aspectos más relevantes para la puesta en marcha del CCR Padre Las Casas. De igual modo, identificamos y caracterizamos a los principales involucrados (stakeholders) asociados al desarrollo y puesta en marcha de nuestra institución, tal como se indicaba en el segundo objetivo específico de la presente tesis.

Sobre la base de la identificación de problemas y de stakeholders, con enfoque estratégico, pudimos elaborar la misión, visión y valores centrales para guiar el desarrollo del CCR Padre Las Casas, todo lo cual estaba comprometido en el tercer objetivo de la tesis. Alcanzando esta etapa, logramos determinar objetivos estratégicos priorizados para nuestra institución para un período de 3 años, para las dimensiones político-sanitaria, usuarios, procesos internos y aprendizaje, con sus respectivos indicadores y metas (cuarto objetivo específico).

Finalmente, cumpliendo con lo comprometido en el quinto y último objetivo específico, establecimos un sistema de monitoreo, control y evaluación para que el CCR Padre Las Casas pueda ir ajustando su estrategia mediante el desarrollo de nuevos objetivos estratégicos según las necesidades experimentadas en el proceso de ejecución.

No cabe la menor duda que las palabras discapacidad y rehabilitación estarán presentes en el vocabulario colectivo de una sociedad que se transforma como la nuestra. En este sentido, el desarrollo del CCR Padre Las Casas en el contexto de la presente tesis, va en la línea de los principales desafíos a abordar que plantea el Informe Mundial sobre la Discapacidad (9), tales como el acceso y cobertura en salud y principalmente a los servicios de rehabilitación. De igual forma, se hace cargo de asumir las principales recomendaciones que se señalan en dicho informe, como por ejemplo, mejorar la inversión en programas y servicios específicos para personas con discapacidad, así como también el fomento al desarrollo de investigación y evidencia científica relacionada a estas temáticas.

Ya sabemos con claridad hacia dónde vamos, pero la interrogante es saber si realmente estamos tomando decisiones y acciones que nos permitan anticiparnos y así prepararnos mejor para vivir los nuevos desafíos que ya estamos enfrentando como sociedad en nuestro país. El desarrollo de proyectos tales como los Centros Diurnos de Adultos Mayores, Residencias Tuteladas, Programas de Atención Domiciliaria (PAD) y Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), son claros ejemplos de iniciativas que pueden impactar directamente y en forma positiva en la salud y calidad de vida de las personas y grupos beneficiados.

La ejecución de la presente Actividad Formativa Equivalente (AFE), ha representado un proceso altamente positivo para nuestra institución. El desarrollar cada paso de este proceso, marcó un desafío importante y motivador a la vez, ya

que sentimos que se le daba vida y proyección tangible a un sueño que hace solo un par de años atrás, era solo una inquietud y necesidad de los usuarios que se veían enfrentados a una situación de discapacidad en la comuna de Padre Las Casas, y que mediante el esfuerzo mancomunado de gestores y autoridades locales, hoy es una realidad. De igual modo como un aprendizaje secundario, la experiencia de trabajar con metodologías y herramientas de planificación y gestión sanitaria, nos acercó a comprender de mejor forma la mirada y conceptos que los niveles centrales y directivos de nuestro sistema de salud tienen sobre los problemas que afectan a la población, y como también éstos son abordados mediante la ejecución de acciones y programas en la APS, facilitando de este modo el feedback desde los niveles locales, mejorando así la efectividad de las iniciativas implementadas.

Sin duda que tener en nuestras manos este Plan Estratégico para nuestro Centro Comunitario de Rehabilitación, representa una valiosa oportunidad para nuestro desarrollo institucional, logrando de este modo poder dar los primeros pasos para transformarnos en una organización que sea un modelo y referente en materia de rehabilitación física para el sector público de salud en el largo plazo. Este proceso nos ha permitido poder visualizar aspectos tan relevantes como las redes sectoriales e intersectoriales que debemos activar, las necesidades tangibles e intangibles que debemos abordar como profesionales, nuestros procesos que debemos implementar como organización, y los principales desafíos asociados a la discapacidad en los cuales debemos aportar para nuestra sociedad, como por ejemplo la accesibilidad universal y la inclusión laboral.

El trabajo ahora en nuestro. Este proyecto ha tenido un impacto positivo en la comunidad y en los usuarios que actualmente se atienden en nuestras dependencias, pero cada día los requerimientos son crecientes y complejos, y por lo tanto, debemos estar preparados para satisfacer todas las expectativas que están puestas sobre nuestra institución. La puesta en marcha de nuestro CCR

mediante este Plan Estratégico para los próximos años, sin lugar a duda que representará una experiencia que implicará valor, disciplina, trabajo, unidad y perseverancia para todo nuestro equipo y quienes nos colaborarán. De igual modo, sabemos que todo esfuerzo que realicemos como equipo de salud, es absolutamente mínimo comparado con el que realizan miles de Personas en Situación de Discapacidad y sus familias en nuestro país por acceder a la oportunidad de rehabilitarse física y emocionalmente. Si Chile aspira a transformarse en una nación desarrollada, inclusiva, justa y equitativa para todos, debe necesariamente velar por el cumplimiento de los derechos de cada ciudadano, tal como lo es el derecho a la rehabilitación sin discriminación alguna. Rehabilitar a una persona no solo es brindarle una prestación de salud, sino que es ofrecer una nueva oportunidad de vida, mediante una experiencia transformadora.

## 7. Bibliografía.

1. INSTITUTO CAREN DE NEUROREHABILITACION. “Campo de acción de la rehabilitación”. <http://www.neurorehabilitacion.com/areascampo.htm>.  
Accedido el 25 de abril de 2013.
2. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE. “Ley número 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad”.  
<http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>. Accedido el 27 de abril de 2013.
3. CORPORACION CIUDAD ACCESIBLE. “Resumen de resultados primer estudio nacional sobre discapacidad ENDISC 2005, Chile”.  
<http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2011/08/Parte-3-Resultados-generales.pdf>. Accedido el 27 de abril de 2013.
4. ORGANIZACIÓN NACIONES UNIDAS. “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”.  
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>. Accedido el 29 de abril de 2013.

5. REVISTA DE LAS NACIONES UNIDAS. "El derecho a una vida normal: Ayuda internacional en la rehabilitación de personas con defectos físicos". Año X, número 284, marzo 1956, p. 27.
6. INZÚA V. "Una conciencia histórica y la discapacidad". Revista Trabajo Social. Nueva Época, número 3, verano 2011, p. 77 - 81.
7. AGUADO A. "Historia de las deficiencias. Colección Tesis y Praxis". Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE. Madrid, España, 1993.
8. SERVICIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD. "Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social de la Personas con Discapacidad 2013 – 2020". Ministerio de Desarrollo Social, Chile, 2013.
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad". [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf). Accedido el 01 de Mayo de 2013.
10. AMATE, A. & VASQUEZ, A. "Discapacidad: lo que todos debemos saber". Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C, 2006.
11. ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACION Y EL DESARROLLO ECONOMICO. "Sickness, Disability and Work: breaking the barriers. A

synthesis of findings across OECD countries”.  
[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass/reports\\_studies/disability\\_synthesis\\_2010\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf) . Accedido el 10 de Mayo de 2013.

12. GARCIA C. “La discapacidad en Chile: situación actual y perspectivas”.  
Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Santiago, 2010.

13. FONDO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD. “Primer estudio nacional de la  
discapacidad en Chile”. Gobierno de Chile. Santiago, 2005.

14. CORPORACION CIUDAD ACCESIBLE. “Discapacidad Encuesta CASEN  
2011”. <http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2011/08/Discapacidad-CASEN-2011.pdf>. Accedido el 10 de junio de 2013.

15. REVISTA HUMANUM. PUBLICACION DEL AREA DE REDUCCIÓN DE  
POBREZA, OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y  
DESARROLLO HUMANO DE LA DIRECCION REGIONAL PARA  
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (DRALC) DEL PROGRAMA DE LAS  
NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). “Inclusión social y  
desarrollo humano”. <http://www.revistahumanum.org/revista/inclusion-social-y-desarrollo-humano/> . Accedido el 25 de junio de 2013.

16. EGEA, C. & SARABIA, A. "Visión y modelos conceptuales de la discapacidad". Revista Polibea. 2004. Número 73; 29 – 42.
17. BLANCO R. "La equidad y la Inclusión social: Uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy". Revista Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación. 2006. Vol. 4, N° 3.
18. ZONDEK A, ZEPEDA M, GONZALEZ F, RECABARREN E. "Discapacidad y Rehabilitación". En: Fondo Nacional de la Discapacidad, Ministerio de Planificación. Discapacidad en Chile: Pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano. 1ª Edición. Santiago de Chile. 2006. p 20 - 39.
19. STUCKI G, REINHARDT JD, GRIMBY G. "Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part II: Conceptual descriptions and domains for research". Journal of Rehabilitative Medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. 2007;39:299-307. Citado en PubMed; PMID:17468802.
20. FOSTER A, ET AL. "Rehabilitation for older people in long-term care". Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009. Citado en PubMed; PMID:19160233.

21. KHAN F, ET AL. "Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis". Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007. Citado en PubMed; PMID:17443610.
22. DAVIES EJ, ET AL. "Exercise based rehabilitation for heart failure". Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010. Citado en PubMed; PMID:20393935.
23. STUCKI G, USTÜN TB, & MELVIN J. "Applying the ICF for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities". Disability and Rehabilitation. 2005,27:349-352. Citado en PubMed; PMID:16040535.
24. OMS – OPS, UNESCO, OIT. Rehabilitación Basada en la Comunidad: Guías para la RBC. Folleto Introducción, pagina 21. Organización Mundial de la Salud, 2012.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "RBC: Una estrategia para la rehabilitación, equiparación de oportunidades, reducir la pobreza y para la inclusión social de las personas con discapacidad (Documento de Posición Conjunta 2004)". [www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html). Accedido el 18 de junio del 2013.
26. MITCHELL R. "The research base of community based rehabilitation". Disability and Rehabilitation, 1999, 21(10–11):459–468.

27. WILEY-EXLEY E. "Evaluations of community mental healthcare in low- and middle-income countries: a 10-year review of the literature". *Social Science and Medicine*, 2007, 64:1231–1241.
28. MANNAN, H & TURNBULL A. "A review of community based rehabilitation evaluations: Quality of life as an outcome measure for future evaluations". *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2007, 18(1):29–45.
29. VELEMA JP, EBENSO B, FUZIKAWA PL. "Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the- community programmes". *Leprosy Review*, 2008, 79:65–82.
30. BARNES, MP & RADERMACHER, H. "Neurological rehabilitation in the community". *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2001, 33(6):244–248.
31. CHARD, SE. "Community neurorehabilitation: A synthesis of current evidence and future research directions". *NeuroRx*, 2006, 3(4):525–534.
32. EVANS, L & BREWIS, C. "The efficacy of community-based rehabilitation programmes for adults with TBI". *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2008, 15(10):446–458.
33. DOIG E, ET AL. "Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury: a systematic review".

Disability and Rehabilitation, 2010; 32(25):2061-77. Citado en PubMed; PMID:20441412.

34. DE KLERK T. "Funding for self-employment of people with disabilities. Grants, loans, revolving funds or linkage with microfinance programmes". Leprosy Review, 2008, 79(1):92–109.

35. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento conjunto de posición / Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud". <http://pdi.cnotinfor.pt/recursos/LA%20R%20B%20C%20QUE%20ES.pdf>.  
Accedido el 12 de Septiembre del 2014.

36. MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE. "Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en APS 2010-2014". Santiago de Chile. 2010.

37. ELDAR R, ET AL. "Rehabilitation medicine in countries of central/eastern Europe". Disability and Rehabilitation, 2008,30:134-141. Citado en PubMed; PMID:17852214.

38. JELIC M, ET AL. "The system for medical rehabilitation in Croatia". Disability and Rehabilitation, 2006 ,28:943-8. Citado en PubMed; PMID:16861202.
39. KAPLAN R, & NORTON D. "The Execution Premium". Edición latinoamericana. Boston, MA. 2008.
40. ROSENBERG H, & HIDALGO L. "Manual para el diseño de proyectos de salud". Unidad de apoyo a proyectos, Organización Panamericana de la Salud.
41. WAISSBLUTH M, & INOSTROZA J. "Guía metodológica para análisis de organizaciones". Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, gestión pública. Santiago de Chile. 2008.
42. INTENDENCIA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA. "Información geográfica región de la Araucanía". <http://www.intendencialaaraucania.gov.cl/geografia.html>. Accedido el 30 de mayo de 2015.
43. GOBIERNO REGIONAL DE LA ARAUCANÍA. "Antecedentes población región de la Araucanía". [http://www.gorearaucania.cl/index.php?id=399&no\\_cache=1](http://www.gorearaucania.cl/index.php?id=399&no_cache=1). Accedido el 30 de mayo de 2015.

44. MUNICIPALIDAD DE PADRE LAS CASAS. “Plan de Salud Comunal, año 2014”.

[http://www.padrelascasas.cl/web\\_transparencia/14\\_ABRIL\\_2014/PASAM%202014.pdf](http://www.padrelascasas.cl/web_transparencia/14_ABRIL_2014/PASAM%202014.pdf) . Accedido el 01 de junio de 2015.

45. HOSPITAL LAS HIGUERAS, SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO. “Plan Estratégico Hospital Las Higueras, Talcahuano (Trienio 2008 – 2010)”.

<http://www.hospitallashigueras.cl/documentos/planificaci%C3%B3n%20estrat%C3%A9gica.pdf>. Accedido el 13 de Diciembre de 2015.

## 8. Anexos.

### ANEXO 1: Herramienta Análisis FODA.

## Análisis FODA CCR Padre Las Casas

<b>OBJETIVO</b>	Realizar un análisis del entorno (interno y externo) pensando en la puesta en marcha de nuestro establecimiento.
<b>INSTRUCCIONES</b>	Identifique 5 factores externos y 5 factores internos que pueden influir a favor o en contra para la puesta en marcha de nuestro CCR. Estos factores serán un valioso aporte para el proceso de Planificación Estratégica de nuestro establecimiento.

- 1. Análisis Externo:** Identifique 5 factores externos (positivos o negativos) que a su juicio puedan influir en la puesta en marcha de nuestro CCR. Se sugiere considerar factores de los ámbitos político, económico, social y tecnológico.

1	
2	
3	
4	
5	

**2. Análisis Interno:** Identifique 5 factores internos (positivos o negativos) que a su juicio son relevantes para la puesta en marcha de nuestro CCR. Se sugiere considerar tanto factores que influyen sobre las actividades primarias (procesos, derivaciones, servicios) de nuestro quehacer institucional, como actividades de apoyo (infraestructura, gestión de recursos humanos, tecnología, servicios generales).

1	
2	
3	
4	
5	