

Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional

Diciembre 2011

Implementación del modelo biopsicosocial

para la atención de personas
con discapacidad a nivel nacional

Diciembre 2011

Coordinación técnica y editorial

Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos ISRI

Presidencia

Dr. José Vicente Coto Ugarte

Dirección de Proyectos de Servicios de Extensión.

Licda. Ana Lourdes Orellana

Gerencia Médica

Dra. Patricia Tovar de Canizalez

Organización Panamericana de la Salud OPS.

Dr. Gerardo Alfaro

Dr. Gilberto Ayala

San Salvador, El Salvador

Enero 2012



**“No es la discapacidad
lo que hace difícil la vida,
sino los pensamientos
y acciones de los demás”**

Contenido

Abreviaturas y acrónimos	5
Introducción	6
I. Modelo Biopsicosocial	8
1. Beneficios del Modelo.	9
2. Objetivos	10
3. Metodología y Estrategia.	10
4. Ejes Transversales	13
5. Articulación de Actores:	14
II. Centro Comunitario de Rehabilitación	15
Propósito del CCR	15
Funciones del CCR	15
Servicios del CCR	15
Quiénes participan en el CCR	16
III. Competencias de actores en la Red	18
IV. Centro Comunitario del municipio de Quezaltepeque	20
Líneas de acción desarrolladas	21
Resultados de la implementación	21
V. Guía Técnica para la operativización de los CCR y Fases de intervención.	23
VI Referencias documentales	29

Siglas y Acrónimos

ADESCO	Asociación de Desarrollo Comunitario
APCADIFSTO	Asociación de Personas con Discapacidad y Familiares de Santo Tomás
APEDIQ.	Asociación de Personas con Discapacidad del Municipio de Quezaltepeque
APROCSAL	Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños
CCR	Centro Comunitario de Rehabilitación
DIGESTYC	Dirección General de Estadísticas y Censos
ECOSF	Equipos Comunitarios de Salud Familiar
ECOSF Especializados	Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados
GTZ	Cooperación Técnica Alemana
HOPAC	Hogar de Parálisis Cerebral
ISRI	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MINED	Ministerio de Educación
MINSAL	Ministerio de Salud
MITRAB	Ministerio de Trabajo
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCD	Personas con Discapacidad
PODES	Promotora de la Organización de Personas con Discapacidad de El Salvador
RBC	Rehabilitación de Base Comunitaria
UDB	Universidad Don Bosco
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Introducción

Con el transcurrir de los años, la discapacidad ha ido cobrando relevancia como tema de interés público, aunado al hecho de que el porcentaje de personas con discapacidad va en constante aumento. Según la OMS éste oscila entre un 10 y 13 % como promedio a nivel mundial, siendo el extremo mayor adjudicable a países que han tenido o tienen conflictos bélicos y/o desastres naturales, como es el caso de El Salvador.

En la encuesta de personas con discapacidad realizada en el 2001 por iniciativa de la OMS-GTZ-UDB, de un total de población de 5.74 millones de habitantes, el 6.56% presentaba algún tipo de discapacidad; estimándose que la cifra pueda ser mayor. Según DIGESTYC 2007¹, las personas con discapacidad representan el 4.1% de la población general. Otros estudios realizados en el país², reportan porcentajes similares de población con discapacidad, oscilando entre el 4% y el 6.6%, siendo las discapacidades más frecuentemente identificadas las referidas a movilidad y ceguera parcial o total.

En el Sistema Nacional de Salud de El Salvador están definidos 3 niveles de atención en salud de acuerdo a su complejidad. En la actualidad se impulsan acciones para la integración de los servicios en redes que garanticen la continuidad y calidad de la atención en salud, bajo un nuevo modelo de atención con enfoque familiar y comunitario. Sin embargo, las personas con discapacidad aun enfrentan una serie de barreras principalmente actitudinales, arquitectónicas y urbanísticas, las cuales impiden el acceso a una atención plena y de calidad, acorde con sus necesidades.

La oferta de servicios de rehabilitación es limitada. Algunos hospitales públicos disponen de servicios de terapia física y en el primer nivel de atención se cuenta con 27 terapeutas físicos que en la práctica interactúan muy poco con otras disciplinas. El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) es la única entidad pública del Sistema Nacional de Salud especializada en la atención de personas con discapacidad y lo hace en forma gratuita. Está conformado por ocho Centros de atención especializada y una Unidad de Consulta Externa. Dos de los Centros están ubicados en San Miguel y Santa Ana respectivamente. En ellos se atienden aproximadamente 15.000 personas al año, con discapacidad leve, moderada y severa. Esta demanda desborda la capacidad instalada del Instituto, que no tiene la posibilidad de implementar un abordaje integral con participación plena de la familia y su comunidad.

Es por ello, que se requiere mayor visibilización y caracterización de la población con discapacidad, junto con el desarrollo de mejores y nuevas competencias en el recurso humano de los servicios de salud, para garantizar una atención oportuna y de calidad, con enfoque de derecho e igualdad de oportunidades.

El **“Modelo de atención Biopsicosocial”** a desarrollar a partir de los Centros Comunitarios de Rehabilitación, constituye una opción para impulsar el enfoque holístico de la atención integral a las personas con discapacidad. En este contexto, el modelo trasciende al enfoque biomédico y aborda a la persona en forma integral, desde el reconocimiento de los derechos humanos, la autonomía, la integración, las capacidades y los apoyos, enfatizando en la interacción de la persona con discapacidad y el ambiente donde vive, considerando las determinantes sociales que influyen y condicionan la discapacidad.

1 VI Censo de población y V de vivienda. Dirección General de estadística y censo, 2007.

2 Personas con discapacidad en El Salvador. Línea de Base. Instituto de derechos humanos, Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (IDHUCA), 2009.

Con apoyo del gobierno del Japón, a través de su Agencia de Cooperación Internacional (JICA), fue construido y equipado el primer Centro Comunitario de Rehabilitación de El Salvador en el municipio de Quezaltepeque. Como parte de la implementación de este proyecto, fue desarrollado un programa de capacitación interdisciplinaria para el personal del Centro junto con personal del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), del Ministerio de Salud (MINSAL), del Hogar de Parálisis Cerebral (HOPAC) y de la Red comunitaria del Municipio de Quezaltepeque. Esta iniciativa ha favorecido el desarrollo del modelo de atención biopsicosocial de las personas con discapacidad, con énfasis en el enfoque de derechos y la participación ciudadana. También se desarrollan experiencias similares en los municipios de *Tonacatepeque*, *San Francisco Menéndez*, *Usulután*, *Puerto El Triunfo*, *Santo Tomás* y *El Paraíso*, los cuales muestran diferentes grados de desarrollo, dependiendo del tiempo e intensidad de intervención en la comunidad.

La Rehabilitación de Base Comunitaria RBC es una estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década de los 70; la cual ha sido fundamental en los procesos de atención a las personas con discapacidad, haciendo énfasis en la rehabilitación integral. La RBC está definida como una estrategia de atención que centra su diseño en la incorporación de la comunidad al proceso de rehabilitación, es la iniciativa de la comunidad que guía la labor técnica del equipo de rehabilitación, cambiando el rol tradicional clínico del equipo. La RBC desarrolla en las personas con discapacidad y sus familiares, habilidades que les permita integrarse y vivir en sociedad, es decir sumar a los aspectos biológicos de la rehabilitación los componentes psico-sociales.

En el país se han desarrollado iniciativas que han promovido actividades fundamentadas en la RBC, pero estos no han tenido el seguimiento y la sostenibilidad necesaria de las instituciones y asociaciones participantes, limitándose la experiencia a ciertas localidades.

A partir de las experiencias anteriores y tomando como referente las experiencias de Chile y Colombia, el ISRI promueve la implementación un modelo a partir de los recursos de rehabilitación que estén disponibles dentro de la comunidad, vinculando estrechamente a las personas con discapacidad, sus familias y miembros de la comunidad, lo cual favorece y amplía la participación y el desarrollo local. Los alcances del modelo de atención Biopsicosocial y el éxito de su implementación van a depender directamente de la eficiencia y constancia de la participación comunitaria, de la capacidad resolutive institucional, del compromiso sostenido de los gobiernos locales, de la eficiencia de la gestión intersectorial, condiciones que para alcanzar su desarrollo pleno, dependen a su vez de la abogacía y del convencimiento de los actores clave alrededor del modelo como la mejor estrategia para responder a las necesidades y expectativas de las personas con discapacidad.

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral promueve el modelo de atención biopsicosocial y se compromete a contribuir en su implementación, priorizando aquellos lugares donde existe menor accesibilidad a la atención en rehabilitación. Para la consecución estos objetivos será indispensable el involucramiento de las instituciones nacionales, de las asociaciones de personas y familiares con discapacidad, de los gobiernos locales, junto con el apoyo de los organismos de cooperación internacional para la implementación y sostenibilidad de los servicios de rehabilitación integral comunitarios en los municipios seleccionados.

I. Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial coloca como actor principal a las personas con discapacidad, su familia y la comunidad, se plantea objetivos a mediano y largo plazo a nivel individual, familiar, comunitario y social, en relación a la dimensión no solo física sino también personal y espiritual.

Las características fundamentales de este enfoque son:

La **atención primaria en salud**, la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables, con plena participación social y a un costo accesible para la comunidad y el país, **la multisectorialidad** que implica el involucramiento de los diferentes actores sociales: instituciones, asociaciones, líderes y grupos comunitarios, familiares de personas con discapacidad, para trabajar de manera coordinada y sistemática, estimulando la gestión intersectorial, proponiendo la democratización del conocimiento y el empoderamiento local para el logro del objetivo propuesto, utilizando la participación y la concertación para la toma de decisiones.

También con la implementación del enfoque se estimula **la desconcentración y descentralización** de los servicios de rehabilitación, así como la difusión del conocimiento en la atención a las personas con discapacidad. Se propone **el trabajo en red**, que conlleva una interrelación, a todos los actores o agentes locales unidos y conectados bajo una misma filosofía de atención a las PCD, propiciando acciones que contribuyan a la equidad mediante el acceso a igualdad de oportunidades e integración social, con enfoque de derecho.

El enfoque incluye también la promoción de un sistema de **protección social** para las personas con discapacidad que dé respuesta a las principales necesidades de sociales y económicas a este grupo de población.



El modelo biopsicosocial de atención integral a las personas con discapacidad, parte de una visión integrada, permitiendo explicar la discapacidad como un hecho multidimensional y establece los lazos entre los distintos niveles: biológico, personal y social que lo sustentan, planteándose el logro de la funcionalidad como parte de la rehabilitación.

La **rehabilitación integral** promueve procesos mediante los cuales las personas con discapacidad utiliza recursos y procedimientos de las áreas de salud, educación, trabajo, asistencia social y otras, con miras a reducir las discapacidades, desarrollar las potencialidades, mejorar la calidad de vida, autosugestión e integración en la sociedad". El objetivo final de la

rehabilitación integral es la inclusión social de la persona en los ámbitos familiares, comunitarios y socio-laboral.

En el año 2003, la Organización Mundial de la Salud, OMS, la Organización Internacional del Trabajo, OIT y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO, **redefinieron a la Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC)** como “una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad”; poniendo el énfasis en la incorporación de la comunidad en el proceso de rehabilitación del ciudadano o ciudadana.

La estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad RBC constituye un esfuerzo para afrontar los nuevos retos y cambios que se generan por la brecha existente entre el acceso a la atención a las personas con discapacidad y la provisión de la prestación de servicios de rehabilitación.

El inicio del proceso de la rehabilitación integral significa un cambio cultural: pasar de paciente a persona con derechos, del logro de funcionalidad a la inclusión social como objetivo de la intervención, de creer a la persona como minusválido a persona con discapacidad, comprender la discapacidad como un proceso dinámico y que puede variar de acuerdo a los cambios personales y medio ambientales. Del cambio de práctica de atención predominantemente uno a uno con el paciente, a un enfoque de trabajo de equipo y con redes sociales. Pasar de un equipo profesional de rehabilitación que impone su saber, a un equipo que asesora y transfiere su conocimiento para el desarrollo de las personas y comunidades.

Para que la atención de una persona con discapacidad sea integral debe partirse de considerarla como totalidad, es decir, como un ser biopsico-social lo que significa que: “Tiene una estructura biológica y funcional, un comportamiento propio e individual y un patrón de relaciones con la sociedad determinado por factores como la edad, el sexo y las condiciones socioculturales del colectivo al que pertenece”.

1. Beneficios del Modelo

Este modelo requiere principalmente un cambio de paradigma; desarrollar un sistema capaz de identificar a todas las personas con discapacidad, educar e involucrar gobiernos locales, instituciones y miembros de la sociedad civil. El cual deberá identificar el nivel de recursos sostenibles y sustentables de la comunidad.

Entre los beneficios se identifican:

- **Empodera a la comunidad** sobre su responsabilidad de dar soluciones a sus problemas, incorporando el enfoque de la rehabilitación basada en la comunidad pudiendo desarrollar redes y detectar oportunidades dentro de la misma.
- **Participación plena de la comunidad** para la prevención, detección temprana y abordaje adecuado de la discapacidad en un nivel primario.
- **Fortalece la organización social** de la comunidad, para que las personas con discapacidad puedan acceder a los sistemas de salud, educación, trabajo y rehabilitación.
- **Contribuye al bienestar y a mejorar la calidad de vida** de todos, a través de potenciar el desarrollo productivo de las personas con discapacidad, permitiéndoles su incorporación a las diferentes áreas de la educación, salud y el trabajo.
- **Asegura que las personas con discapacidad** puedan aprovechar al máximo sus facultades para su inclusión social.
- **Fortalece las relaciones interpersonales**, espirituales, afectivas y comunicacionales.
- **Promueve la desconcentración y descentralización** de los servicios de atención en rehabilitación, permitiéndoles la accesibilidad a las personas con discapacidad.
- **Promueve la participación multisectorial** efectiva de los servicios de Salud, Educación y Trabajo, para el cumplimiento de los objetivos individuales y colectivos.

2. Objetivos

Objetivo General:

Contribuir a la atención de rehabilitación integral a las personas con discapacidad a través del logro de la independencia de la persona, aprovechando el máximo de su potencial en las esferas, biológicas, psicológicas y sociales junto a su grupo familiar, incorporando a las instituciones, asociaciones y líderes de la comunidad.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar y capacitar a las organizaciones sociales y de gobierno local sobre la situación de discapacidad y su rol para contribuir a solucionar las necesidades de las personas con discapacidad.
- Ofrecer servicios básicos de rehabilitación a través de la implementación de Centros Comunitarios de Rehabilitación CCR.
- Organización y desarrollo de redes de servicios de atención para personas con discapacidad, para incrementar el acceso y favorecer su inclusión social.
- Propiciar el desarrollo de iniciativas productivas para personas con discapacidad y su grupo familiar, estableciendo relaciones de mutuo beneficio entre los integrantes de una comunidad, con la ayuda de actores claves.

3. Metodología y Estrategia

La metodología que plantea este enfoque, es organizar e implementar redes de asistencia local descentralizadas, integrados en un sistema que proporcione asesorías, servicios, referencia y transferencia de tecnología; a la vez, supone la capacitación en rehabilitación de familiares y/o agentes de la comunidad, dando el rol principal a la persona con discapacidad y a sus cuidadores.

Con la participación activa de la persona con discapacidad en conjunto con familiares y miembros de la comunidad, se lleva a cabo una integración paulatina de acuerdo al contexto sociocultural, donde los actores más cercanos al sujeto son quienes comienzan a generar un efecto multiplicador de cambios en el resto de la comunidad, promoviendo la desestigmatización y la integración social.³

La aplicación exitosa de la metodología y de su efectividad requiere del funcionamiento armónico de tres elementos imprescindibles:

- 1) **Participación activa de las personas con discapacidad y su grupo familiar:** se refiere a tomar la responsabilidad y control en su proceso de rehabilitación y de vida, con la toma de decisiones en todos los ámbitos que esto conlleva.
- 2) **Participación y organización de la comunidad:** se puntualiza en el compromiso de líderes locales en iniciativas de desarrollo, que apoyen a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad, lo que incluye el acceso a servicios, obtención de recursos y las ayudas técnicas que faciliten la vida de las personas con discapacidad.
- 3) **Participación de los servicios de Salud, Educación, Trabajo y Rehabilitación:** implica fundamentalmente los servicios de atención primaria de salud, inclusión al Sistema Educativo, así como oportunidades laborales y servicios de rehabilitación, en términos apropiados y accesibles.

³ Sistematización RBC-INRPAC

Estrategias para la implementación de este enfoque son:

Participación Comunitaria

Dentro del modelo, una de las estrategias a considerar es la Participación Comunitaria, la cual permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y a los sectores social y privado en los programas y acciones orientadas hacia la rehabilitación, esta representa un compromiso e identificación con un fin social, es decir, no se reduce en un sentido simplista a la convocatoria de la población para que esta se incorpore a actividades aisladas, por el contrario, hace referencia a un proceso en donde el individuo se transforma en un sujeto protagónico, capaz de incidir en la construcción de su espacio, la transformación de su entorno y problemática cotidiana a través de alternativas que promuevan la justicia e igualdad social.



Creación y fortalecimiento de Redes Intersectoriales

La promoción del desarrollo de base en las condiciones actuales de la sociedad globalizada exige un cambio de paradigma: *las acciones puntuales y aisladas necesitan dar lugar a redes de cooperación comprometidas con la inclusión social y económica de los grupos más vulnerables.*

Por más fortalecida y sostenible que sea una organización social, esta necesita una interacción con otras organizaciones, que permita desde esta perspectiva más amplia comprender los factores que restringen o potencian su capacidad de cambiar la realidad, la importancia de la generación de vínculos con otras organizaciones, con diversos actores sociales y con instituciones formales que respondan a las demandas de sus miembros de base.

Para la estrategia, las redes serán mecanismos organizacionales capaces de reunir a individuos e instituciones, de manera democrática y participativa, en torno a los objetivos del modelo biopsicosocial para atención de personas con discapacidad, estas serán estructuras flexibles y armónicas, con relaciones horizonta-

les, interconectadas y dinámicas, que promoverán un trabajo de colaboración y participación. Las redes se fundamentarán en la voluntad y afinidad de sus integrantes, y se caracterizarán por ser un recurso organizacional significativo para promover la igualdad de oportunidades de la persona con discapacidad.

Centro Comunitario de Rehabilitación

Es el espacio físico del modelo de trabajo de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), el cual da soporte organizacional a diversas actividades de convivencia social y terapéuticas, como son los servicios de rehabilitación de baja complejidad y el fortalecimiento y desarrollo social con el objetivo de integrar a las personas con discapacidad en actividades deportivas, laborales y sociales.

Un CCR tiene, como núcleo central, el espacio de la integración, que contiene un programa comunitario de apoyo a la rehabilitación, y a la vez, genera acciones para la integración de las PCD y la comunidad.

Se considera la inclusión social como eje fundamental y a la comunidad como base, poniendo al servicio de ésta las herramientas técnicas que le permitan establecer, definir y limitar las metas, así como la planificación y ejecución de la estrategia para la implementación del CCR.

Para realizar esta estrategia, es importante tener la capacidad de ejecución, la disponibilidad de recursos en cada uno de los niveles de gestión y en función de las necesidades sociales del área específica; además, contar con el apoyo de las instituciones especializadas en cada área, dado que la estrategia, comprende la facultad de manejar las herramientas técnico-administrativas que posibiliten el desarrollo positivo del bienestar e integralidad de las personas con discapacidad y su familia.

Tecnología apropiada

La Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI), considera que la tecnología apropiada como aquella que contribuye en mayor medida a la realización de los objetivos socioeconómicos y ambientales en el desarrollo, que está de acuerdo con las condiciones y los requerimientos del medio ambiente donde será utilizada, aprovecha de manera racional los recursos de que dispone cada región, se adapta localmente e interpreta y enriquece las tecnologías autóctonas.

Entonces así, la tecnología apropiada es aquella que contribuye a la solución de los problemas dominantes de salud del territorio específico, lo que está disponible, se utiliza racionalmente, y es aceptado y sostenible por la comunidad.⁴ En el presente modelo se plantea el uso de la tecnología apropiada para la rehabilitación integral de las personas con discapacidad a partir de los recursos disponibles en las comunidades.

Algunos aspectos a considerar para el Diagnóstico Situacional son:

Para poder ejecutar eficientemente las estrategias definidas anteriormente, y tener un punto de partida, será prioritario desarrollar un diagnóstico situacional de la discapacidad a nivel local, el cual estará orientado a identificar, describir y hacer un análisis evaluativo de la situación actual de las personas con discapacidad y su grupo familiar, así como los recursos y servicios dentro de la localidad, de una forma sistemática y conceptual. Este diagnóstico será la base para la organización y planificación de los servicios de atención para la rehabilitación integral.

- **Recopilación de datos** en cada comunidad a través de encuestas, fichas familiares, censos, entre otros, que permita disponer de la información requerida para la elaboración de la situación de discapacidad a nivel local.
- **Identificar las necesidades y problemas existentes de las personas con discapacidad y priorizarlos** en cada una de las áreas de intervención.
- **Priorizar las acciones a implementar** de acuerdo a los resultados de la información recolectada.
- **Determinar las medidas concretas de intervención** para resolver los problemas existentes junto a las personas con discapacidad, su grupo familiar y la comunidad.
- **Establecer planes/proyectos**, en forma clara y precisa para desarrollarlos en fases, medir resultados y tomar decisiones en relación a estos.

⁴ Atención primaria de la salud y medicina general integral.

4. Ejes Transversales

Los ejes transversales son líneas que atraviesan, vinculan y conectan las estrategias del modelo a implementar, por lo tanto, contribuyen a tener una visión global o de conjunto, los cuales solo podrán desarrollarse con firmeza a través de planteamientos no solo interdisciplinarios, sino transdisciplinarios y para ello, habrá que introducir cambios de mentalidad que favorezcan la integralidad de los mismos.

Participación Social: está vinculada con el desarrollo de la estrategia, la cual constituye un medio para lograr el involucramiento de los diferentes actores sociales de la localidad. Además, es un elemento indispensable para promover la sostenibilidad de las intervenciones. La participación social es un proceso importante que favorece el involucramiento de las familias y la comunidad en la rehabilitación integral y a la inclusión de las PCD y al desarrollo y fortalecimiento social comunitario.

La participación por tanto, en este marco de referencia, es la propuesta de desarrollo y la incorporación de los actores locales y la comunidad, permitirá ir creando capacidades para intervenir en el logro del progreso y modernización de los grupos sociales y a su vez constituirá el eje para las transformaciones que se produzcan.

Para la implementación de la atención en rehabilitación integral, se necesita contar con una población que tenga voluntad, convicción y capacidad de apoyo en las intervenciones de atención a las personas con discapacidad.

Enfoque de derechos: Aunque existen diversos enfoques de desarrollo basados en derechos, un elemento común en todos ellos es tener como punto de partida y fin de todas las intervenciones a las personas como sujetos de derechos. Esto quiere decir ver a todas las personas independientemente de sus condiciones físicas, económicas, sociales, raciales y culturales, como titulares de derechos y a las instituciones sociales y políticas como portadores de obligaciones que asegure el reconocimiento, la protección, la promoción y el ejercicio de derechos de las personas y comunidades.

De este modo, todas las políticas, programas e intervenciones deben estar basados en los derechos abordados de manera integral. Desde esta perspectiva la salud integral, la educación de calidad, el empleo digno y decente, la sana recreación son, antes que necesidades básicas, derechos inalienables de toda persona humana. Todos los derechos tienen el mismo valor e importancia y son interdependientes.

Figura 1: Esquema representativo de la estrategia y ejes transversales, del Modelo Biopsicosocial.



Igualdad de oportunidades: La igualdad de oportunidades supone el reconocimiento de desigualdades sociales basadas en las diferencias de diverso orden: de género, generación, origen, pertenencias a grupos étnicos – lingüísticos, condición de salud, o presencia de condiciones especiales como la discapacidad.

En el marco de la intervención de la estrategia la igualdad de oportunidades se ha enfocado particularmente en la población vulnerable, implica garantizar a las personas en situación de vulnerabilidad las máximas posibilidades de participar libre y activamente en la vida social, económica, cultural y política de su comunidad. Para ello es necesario el ejercicio pleno de sus derechos humanos, el reconocimiento de sus diferentes habilidades y necesidades, en igualdad de condiciones, y una acción política y activa del estado.

5. Articulación de actores

Es preciso reconocer a los actores locales estratégicos, tanto para la concepción más general de gobernanza, como para el análisis de la articulación. Estos actores serán aquellos que cuentan con recursos suficientes para promover el funcionamiento de las redes de actores, en la toma de decisiones y de solución de conflictos colectivos. Pueden ser individuos y organizaciones de los ámbitos gubernamentales o no gubernamentales, de carácter local o extra local, que desarrollan actividades de índole política, sectorial, o social, lo que incluye también a los actores económicos o comunitarios (Díaz de Landa 1997).

La articulación se presenta cuando dos o más organismos acuerdan llevar adelante políticas o esfuerzos que se traducen en acciones concretas y en donde cada uno realiza una o más tareas específicas en relación de cooperación horizontal con los otros organismos participantes, esta no hace referencia a lo cuantitativo de las acciones (siempre unos harán más que otros) sino a lo cualitativo (todos hacen algo con otros y no necesariamente bajo su subordinación).

Figura 2: Identificación de actores claves.



II. Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR)

Propósito del CCR

Contribuir a la prestación de los servicios de habilitación y rehabilitación integrales e integradas, basados en el modelo Biopsicosocial, con la finalidad de mejorar su estado y condición de salud, evitando el desarraigo de su grupo familiar y comunidad. Asumiendo como eje la participación plena de los actores locales en una red intersectorial, donde las personas con discapacidad y su comunidad empoderada sean los protagonistas principales.

- Contribuir a la difusión de los derechos de las personas con discapacidad.
- Determinar el nivel de atención en el que debe proporcionarse los servicios a la persona con discapacidad.
- Propiciar que la red local trabaje en la promoción, prevención y atención de las discapacidades.

Funciones del CCR

- Contribuir al establecimiento del diagnóstico situacional del área a intervenir con el apoyo de actores claves dentro de la localidad.
- Contribuir a la prestación de los servicios de rehabilitación básicos, con un enfoque biopsicosocial, dando la orientación adecuada a la persona, familia o cuidador, para dar continuidad a la intervención terapéutica en el hogar.
- Promover la articulación y fortalecimiento de red Intersectorial para coordinar las acciones y hacer uso efectivo de los recursos disponibles, para la atención de las personas con discapacidad.
- Impulsar la difusión y transferencia de conocimientos para fortalecer a los actores locales dentro de las redes comunitarias.
- Establecer un sistema de referencia y retorno de los usuarios de los servicios con los actores sociales de la red local y de otras instituciones proveedoras.

Servicios del CCR

Es importante, considerar que los servicios de atención que proporcione el CCR, dependerá del contexto local de cada municipio, referido a: la organización social, la capacidad de motivación y gestión de los actores locales, a la disponibilidad y utilización de los recursos existente.

Servicios básicos de rehabilitación en la comunidad

Se trata de dar respuesta local a las necesidades de baja complejidad brindando servicios y orientación. Los casos de discapacidades específicas deben referirse a los centros especializados correspondientes para responder en forma adecuada a cada la situación que presenta la persona con discapacidad.

La provisión de estos servicios considera fundamental, la organización, capacitación, guía y supervisión de voluntarios de la comunidad orientados por la coordinación técnica de un profesional, con el apoyo del ISRI.

Servicio de apoyo y fortalecimiento para los actores locales y las redes comunitarias

Los servicios para el fortalecimiento de los actores locales se realizarán a través de la capacitación, según necesidad de la comunidad y de las personas con discapacidad, tales como tecnología adaptada, elaboración de proyectos, planificación, entre otros.

Inclusión Escolar

Esta área responde a la necesidad de abordar el tema de la inclusión escolar a las personas con discapacidad, reforzando así, el derecho a la inclusión social. Es necesario que el niño o niña con discapacidad se incorpore al sistema regular de educación lo más tempranamente posible, con el fin de proveerlo de mejores herramientas para asumir un rol activo en su comunidad. De igual manera, promover que toda persona con discapacidad que necesite nivelación académica sea incluida a través de las diferentes modalidades educativas con las que cuenta el Ministerio de Educación, y que le permita en un futuro tener mejores oportunidades laborales. De allí, la importancia de que en los CCR, el personal cuente con capacitación, información y asesoría sobre el tema.

Inclusión Laboral

La formación profesional estará orientada a satisfacer las necesidades de capacitación de las personas con discapacidad, para que puedan desempeñar una ocupación en diferentes niveles de calificación de acuerdo a las condiciones existentes a nivel de la comunidad, al mercado laboral y al medio en que se desempeña. Así como, la adecuada referencia a las organizaciones que apoyen el emprendedurismo o a uno de los centros especializados del ISRI que imparten formación en talleres.

Quiénes participan en el CCR

Personas con discapacidad y su Grupo Familiar

Es necesario abordar y conocer la situación socio-familiar, para obtener apoyo en la comunidad; así como el conocimiento del proceso de rehabilitación y su adaptación al medio. Será importante que la familia y la propia persona adquieran conocimientos sobre su discapacidad y como abordarla, entender este proceso significará mucha empatía de la familia y de aprender el manejo, cuidado y herramientas básicas que logren estimular la independencia y búsqueda de apoyos colaterales.

Cuidadores de Rehabilitación

Se considera importante la capacitación de los voluntarios y/o promotores de salud para el desarrollo de habilidades y destrezas, que en el caso de esta experiencia se denominaran cuidadores de rehabilitación, serán los encargados de poner en acción los principios y bases de esta estrategia. Los cuidadores son miembros de la comunidad, que serán técnicamente capacitados en las áreas de contenidos referentes a las diversas discapacidades y al proceso de rehabilitación integral, con miras hacia una integración social. Dichos actores, deben conocer las necesidades de las personas con discapacidad y considerar la variabilidad de éstas en el tiempo, no sólo en el ámbito personal, sino también de acuerdo a sus costumbres, creencias, condiciones y estilos de vida; por lo tanto, los cuidadores deberán manejar y aplicar las acciones considerando el contexto en el que se desenvuelve el individuo.

Miembros de la Comunidad

Estos serán los encargados de desarrollar y apoyar a aquellas organizaciones y actividades que promuevan el bienestar y el proceso de integración social de las personas con discapacidad, proporcionaran recursos y apoyaran las actividades de rehabilitación. Así como, la participación en capacitaciones para proveer de apoyo y ciertos cuidados para las familias.

Equipo Técnico

Estos serán los encargados de desarrollar y apoyar técnica y administrativamente, las iniciativas referentes a la estrategia; asumiendo un rol de soporte terapéutico, debiendo realizar acciones directas de evaluación, intervención y reevaluación, así como proveer los servicios de referencia a las personas con discapacidad que lo requieran.

El equipo técnico desarrollará procesos educativos de corto, mediano y largo plazo que permitan una apropiación del enfoque y de las técnicas específicas que permitan la formación de cuidadores y voluntarios, capaces de asumir acciones de rehabilitación, como también participar en acciones de promoción y prevención de salud.

También animaran y motivaran el proceso de organización de la comunidad, haciendo que sus miembros participen de manera activa y tomen conciencia del contexto en el cual están inmersos. De igual manera, participarán en la identificación de las necesidades, en la promoción y generación de alternativas de solución propuestas; y en la sistematización de las experiencias en la prestación de servicios.

III. Competencias de actores en la red

La participación social ha sido reconocida como un eje prioritario de las acciones de desarrollo. Esta constituye un criterio y estrategia básica de las políticas sociales. Dicha participación está orientada a que las personas con discapacidad de diferentes grupos de edad, sus familias, organizaciones y comunidades, sean y se sientan parte protagónica de la tarea de promover y mantener su salud, como componente básico de su bienestar. El objetivo es desarrollar la capacidad de trabajo y colaboración, entre Instituciones y comunidad organizada para contribuir a mejorar la calidad de vida y la inclusión social.

Desde el punto de vista organizacional la red de actores se articula a partir de acciones que van desde las más simples hasta las más complejas, para lograr la rehabilitación integral de las personas con discapacidad:

- Compartir y acordar objetivos y acciones dentro de una misma área geográfica.

- Establecer una comunicación y coordinación para promover e implementar las políticas y estrategias conjuntas, tratando de que las acciones que se desarrollen por los diferentes actores locales sean coherentes en la obtención de los objetivos establecidos.
- Producir sinergia en la gestión local, la formulación de planes estratégicos locales y algunos programas de desarrollo social y económico.

La articulación de las acciones se plantea en la coordinación de las instituciones públicas, asociaciones y familiares de personas con discapacidad, gobiernos locales, líderes comunitarios y otras organizaciones públicas y privadas del municipio. La red de actores locales se ocupará principalmente para resolver problemas específicos ó implementar proyectos de atención a las personas con discapacidad que demanden la participación de los diferentes actores sociales.

Persona con discapacidad y su grupo familiar	Deben de tener una participación activa y constante, esto contribuirá a la integración social y mejorar la calidad de vida. Es importante un intercambio de opiniones permanente entre las personas con discapacidad, sus familias, la comunidad, redes sociales y actores claves.
Gobierno Local	Es importante reforzar el concepto de la intervención Institucional entre el Gobierno Central, los Gobiernos locales y la Sociedad Civil, esto permite a los actores relevantes del territorio (municipio), maximizar las relaciones público-privado que estimulen el crecimiento económico y social. Es importante que los gobiernos locales asuman sus funciones y competencias, especialmente en el aspecto de normativas y regulaciones, que propicien el involucramiento activo de distintos actores en la toma de decisiones con el fin de mejorar la calidad de vida de los habitantes.

<p>Instituciones Gubernamentales</p>	<p>El estado cuenta con Instituciones gubernamentales a través de las cuales implementan las políticas públicas para el cumplimiento de su misión y mandato constitucional.</p> <p>Ministerio de Salud Se plantea a los equipos de salud el desafío de fortalecer y complementar su formación en las redes de servicios a nivel primario como los ECOSF y ECOS especializados, desarrollando habilidades que les permitan mejorar la participación social en la gestión y en la atención a la salud a las personas con discapacidad. En el caso de establecimiento de nivel secundario y especialmente terciarios, el aporte deberá concentrarse en brindar apoyo técnico, asesoría y capacitación a las redes integrales del nivel primario.</p> <p>Ministerio de Educación Esta deberá responder a la necesidad de abordar e implementar la educación inclusiva como el conjunto de respuestas educativas orientadas a la eliminación gradual y efectiva de la barrera de acceso y participación de las personas con discapacidad, las cuales facilitaran el cumplimiento del derecho efectivo a una educación oportuna, integral de calidad y en condiciones de equidad en un esfuerzo constante de transformar y fortalecer el sistema educativo, empoderando a la escuela y facilitando la participación de la comunidad en todo el proceso pedagógico.</p> <p>Ministerio de Trabajo En el marco de la política de igualdad de oportunidades, tiene como responsabilidad la protección, integración, promoción y seguridad en el empleo para personas con discapacidad. Esta función responde a la necesidad de desarrollar competencias específicas que soporten y faciliten el futuro entrenamiento para el aprendizaje de una profesión u oficio. Abarca desde normas básicas para la vida cotidiana en el lugar de trabajo, el entrenamiento especializado en tareas que permitirán el aprendizaje de una profesión hasta facilitar la gestión de la incorporación de las personas con discapacidad a un empleo.</p> <p>Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, ISRI Este propiciara la participación intersectorial de la comunidad y de las personas con discapacidad en su propio desarrollo, reforzara la rehabilitación como un componente de la salud incorporándola en los diferentes sectores de la sociedad. Promoverá la eliminación del estigma de la discapacidad, estimulando el reconocimiento de las personas con discapacidad como fuente de recursos que puedan aportar a sus familias y a la comunidad.</p> <p>Deberá contribuir a disminuir el impacto que la discapacidad produce en el sujeto, la familia y la comunidad, apoyando a personas con todo tipo de discapacidades de acuerdo a sus necesidades específicas, provocando que el ambiente y los procesos de servicios existentes sean accesibles a las personas con discapacidad.</p>
<p>Organizaciones no gubernamentales</p>	<p>Contribuyen a sensibilizar a la opinión pública acerca de los problemas de desarrollo. Así mismo, ejercen una función dinamizadora que impulsan acciones de cooperación destinados al proceso económico y social del área de influencia. Esto se puntualiza en la realización de programas y proyectos de desarrollo acorde a las múltiples causas de los problemas de los países en vías de desarrollo. Además son las que canalizan de una forma más directa y efectiva los recursos financieros y técnicos.</p>

IV. Centro Comunitario de Quezaltepeque

En el marco de trabajo de RBC, que el ISRI ha desarrollado desde hace algunos años, en marzo de 2011, se implementó el primer CCR. Este se concretó gracias al acuerdo de entendimiento entre la agencia de cooperación Internacional del Japón (JICA), el Hogar de Parálisis Cerebral (HOPAC), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) y la Alcaldía Municipal de Quezaltepeque, para la ejecución de dicho proyecto, fue necesario realizar un levantamiento de encuestas, la cual brindó información básica que permitió orientar las acciones para la implementación del CCR.



Líneas de acción desarrolladas en el CCR de Quezaltepeque

1. Creación y/o fortalecimiento de redes institucionales, que incluyan dentro de sus planes operativos el tema de discapacidad y rehabilitación.
2. Propiciar la organización y desarrollo de los grupos sociales vinculados a la discapacidad, a través de la gestión comunitaria participativa.
3. Definir planes de acción, desarrollar programas y asesorías específicas, de acuerdo a las necesidades identificadas en la comunidad.
4. Mejorar la capacidad de gestión de la comunidad, grupo familiar y personas en situación de discapacidad, para la consecución de los planes que se elaboren para cubrir sus necesidades.

Es importante reconocer que existen estrategias políticas impulsadas para alcanzar logros en la inserción y reinserción de las personas con algún tipo de discapacidad, el representante más próximo es el gobierno local, el que juega un papel importante, ya que a través de este se puede conseguir colaboraciones de orden económico, de recurso humano, aspectos logísticos, entre otros, estos con su apoyo dan un grado de firmeza al proyecto.

Resultados de la implementación del CCR de Quezaltepeque

La estrategia permitió realizar funciones de rehabilitación integral llevando a cabo acciones de inserción educativa, laboral y social.

Dato importante es la participación social de las personas con discapacidad, que se encuentran sensibilizadas y empoderadas en su condición, sino también la comunidad, lo que permite que las acciones de rehabilitación integral puedan ser llevadas a cabo en el seno de la familia.

Descripción de Actividades	Acciones realizadas
1. Atenciones Psicológicas a niños/as de Centros Escolares del Municipio.	<p>Se evaluaron 35 niños/as de los Centros Escolares:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miguel Ángel García, 2. Centro Escolar Estanzuelas, 3. Centro Escolar Nicaragua, 4. Centro Escolar San Juan los Planes, 5. Centro Escolar San Matías <p>Sexo femenino: 18 Sexo masculino: 17 Total de atenciones: 35</p>
2. Salud, Atención de necesidades de Beneficiarios.	<p>Pacientes atendidos Sexo femenino: 128 Sexo masculino: 67 Total 195</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones de Tratamiento a pacientes: 567 de ambos sexos. - Realización de toma de citología a 53 mujeres algunas con discapacidad y las demás familias de ellas. - Jornada de Oftalmología. - Tamizaje Auditivo a niños de madres de alto riesgo. - Examen de mamografía a 31 mujeres.

Descripción de Actividades	Acciones realizadas
3. Intersectorialidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en conjunto con Fundación Maquilishuat en reunión para abordar el componente de niñez con discapacidad en el Municipio. - Participación en Brigada de atención con Vice Presidencia en el cantón platanillo. - Elaboración del POA incluyendo el componente de rehabilitación, en Mesa de Salud. - Elaboración del Plan Operativo de la Emergencia E12 del Municipio de Quezaltepeque en coordinación con Mesa de Salud. - Apoyó en Brigada a Unidad de Salud en el cantón platanillo con el objetivo de indagar en casos de retardo psicomotor a menores de 1 año. - Apoyó a Clínica Municipal en Jornada Medica del Municipio. - Evaluación del año 2011, sobre fortalezas y debilidades en el trabajo, en el Comité intersectorial - Participación en 7 reuniones del Comité Intersectorial del Municipio. - Participación en jornada evaluativa de proyecto en el Centro Escolar Estanzuelas.
4. Diagnosticos Realizados en Quezaltepeque.	Identificación de 617 Personas con diferentes discapacidades en el censo realizado en el año 2011.
5. Gestiones	<p>Se gestionó con PODES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prótesis de miembro superior izquierda de beneficiaria. • Alza de 5 cm de pie izquierdo de beneficiaria • Plantilla de pie derecho de beneficiario <p>Se realizaron las siguientes gestiones para la celebración del “<i>Día de las Personas con Discapacidad</i>”:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pastelería “Le café” la donación de un pastel para 100 personas para celebración de niños/ as con discapacidad. - Alcaldía apoyo con el sonido, canopi y sillas. - Propietaria de pastelería Morenita realizo la donación de 100 donas y un pastel. - Dra. Portal Habitante de Quezaltepeque donó una arroba de dulces. - 2 propietarios de librerías del Municipio donaron 4 bolsas de dulces. - Propietaria de 1 bazar, donación de 6 bolsas de dulces. - El comité de festejos donó 4 piñatas. - ONG APROCSAL donación de 200 platos y 200 tenedores.
6. Actividades de Sensibilización	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de jornada con 15 promotoras comunitarias y 2 del Ministerio de Salud para el abordaje del CCR. - Exposición a concejalas y Asociación de APCADIFSTO de Santo Tomas sobre el trabajo y fortalecimiento organizativo para la creación de los CCR. - Validación del documento sobre el modelo Biopsicosocial implementado en Quezaltepeque, con la participación de 10 personas pertenecientes al comité Intersectorial.
7. Capacitaciones.	- Coordinadora participo en Campaña EFAVI desarrollada en el Instituto de Ciegos.
8. Actividades Recreativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Celebración de fiesta navideña infantil con 85 niños, hermanitos y sus familias, con el apoyo de la Asociación de Personas con Discapacidad del Municipio de Quezaltepeque (APEDIQ). - Se compartió con lideresas en el cantón San Francisco de Quezaltepeque la actividad de elaboración de arroz con proteínas para degustación, participando 600 familias, en el parqueo de la Alcaldía de Quezaltepeque.

V. Guía técnica para la operativización de los CCR y Fases de intervención

La implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional, es una propuesta que favorece el desarrollo integral de las personas con discapacidad, con un abordaje multidisciplinario y con un fuerte componente de participación ciudadana, plantea desde sus inicios un enfoque de derechos, implementándose a través de estrategias claras, que responden a las realidades de las personas con discapacidad y su grupo familiar; estas líneas de acción nos orientan hacia la intervención comunitaria, la misma que sigue un proceso de fases no estrictamente secuenciales, esta dependerá del grado de organización de las personas de la localidad, de los recursos existentes y la dinámica que se encuentre al interior de estos.

Es importante detallar las fases de trabajo, a través de la estrategia del Modelo Biopsicosocial, para lograr una sistematización y obtener los beneficios que la estrategia brinda al desarrollarla en la comunidad. En todas las fases será importante la participación de todos los actores, teniendo un rol protagónico las personas con discapacidad y su grupo familiar.

Actualmente las 4 fases de intervención que se presentan se trabajan en los municipios en donde ya hay un nivel de gestión del ISRI con los gobiernos municipales, los cuales son: *Quezaltepeque, Tonacatepeque, San Francisco Menéndez, Usulután (Puerto El Triunfo), Santo Tomas y Chalatenango Municipio de El Paraíso*, en los cuales el nivel de desarrollo de la estrategia varía según el tiempo en el cual se ha intervenido en la comunidad.

Figura 3: Ubicación Geográfica de los Municipios.



FASE I Planeación			
Intervenciones	Metodología	Resultados	Indicadores medibles
A. Acordar la zona geográfica a intervenir.	<ul style="list-style-type: none"> -Definir los criterios para intervenir y recopilar la información con los actores claves de la zona. -Diagnóstico y análisis situacional de la zona geográfica. 	Criterios definidos: <ul style="list-style-type: none"> -Zona geográfica definida. -Número de personas con discapacidad -Información epidemiológica. -Recursos disponibles de la Zona. -Acceso a zona geográfica. -Apoyo de Instituciones gubernamentales y no gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de Criterios para intervenir. • Criterios que cumple la zona. • Diagnóstico y análisis situacional de la zona elaborado.
B. Contacto con actores claves para el desarrollo del modelo.	<ul style="list-style-type: none"> -Establecer contacto con la comunidad y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en la zona, a través de visitas de campo. -Reuniones programadas con los actores. 	<ul style="list-style-type: none"> -Actores identificados como posibles aliados y apropiados en el desarrollo de la estrategia. -Creación de un directorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actores identificados en la comunidad. • Directorio de actores claves.
C. Identificación de red intersectorial y establecimientos de Alianzas para el tema de discapacidad y rehabilitación integral	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar la existencia de una red intersectorial a nivel local para participar y posicionar el tema de discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Promoción y puesta en marcha de la red intersectorial a nivel local, donde participen representantes de las diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. -Red intersectorial capacitada en temas de discapacidad y rehabilitación integral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en las actividades realizadas anualmente por la red. • Respuesta efectiva de las gestiones realizadas a través de la red. • Actores sociales de la red capacitados en temas de discapacidad y rehabilitación integral.
D. Sensibilización y conformación de Comités Locales.	<ul style="list-style-type: none"> -Establecer contactos con actores dentro de cantones, caseríos, entre otros. -Desarrollo de jornadas de sensibilización. Identificación de líderes comunitarios, para conformar el comité. -Elaboración de Plan de Acción. 	<ul style="list-style-type: none"> -Jornadas de sensibilización realizadas. -Comités Locales Conformados con al menos 5 personas. -Plan de acción elaborado. 	<ul style="list-style-type: none"> • No. de Comités Locales conformados • No. Planes de acción elaborado
E. Diseño de propuesta de programa de voluntariado.	<ul style="list-style-type: none"> -Gestionar un grupo multidisciplinario con experiencia en voluntariado. -Estructurar un programa de voluntariado que contenga objetivos, metas, metodología, líneas de acción, entre otros, que asegure la incorporación rotativa y permanente de voluntarios con carreras relacionadas a la atención a PCD y a la rehabilitación integral. 	<ul style="list-style-type: none"> -Programa de voluntariado elaborado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del Programa de voluntariado con la participación de un equipo multidisciplinario (medico, fisiatra, fisioterapeuta, psicóloga, trabajadora social, educadora especial, entre otros).
F. Identificación de instituciones, asociaciones y profesionales para proporcionar asistencia técnica.	<ul style="list-style-type: none"> Indagar sobre organizaciones, Instituciones o profesionales que puedan ofrecer asistencia técnica, con las cuales se pueda gestionar convenios de cooperación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cartera de Organizaciones e Instituciones, donde se defina su especialización. -Acuerdos y convenios de cooperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • No. de Organizaciones o Instituciones identificadas a nivel local, nacional o internacional. • No. de acuerdos y convenios de cooperación implementándose.
G. Establecer el funcionamiento y administración del CCR.	<ul style="list-style-type: none"> Compartir experiencias del manejo de los CCR a nivel nacional e internacional y adaptarlas a la realidad local. 	<ul style="list-style-type: none"> -Manual de operaciones del CCR elaborado 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de operaciones y funcionamiento del CCR implementándose

FASE II Implementación			
Intervenciones	Metodología	Resultados	Indicadores medibles
A. Presentación del modelo a los actores claves del área a intervenir.	Coordinar y planificar la presentación del modelo de atención con la red intersectorial (Alcaldía, Asociaciones de personas con discapacidad y/o familiares, otros actores locales)	-Actores claves conocen el modelo de atención.	-No. de actores claves conocen el modelo de atención
B. Definir compromisos y responsabilidades con actores claves para la implementación del modelo.	-Desarrollo de talleres, en donde cada actor clave defina su intervención. -Participación en actividades de la red intersectorial.	- Compromisos y responsabilidades de actores claves definidos -Convenios y acuerdos de cooperación.	-Instituciones y asociaciones con compromisos y responsabilidades definidas -No. convenios y acuerdos de cooperación
C. Levantamiento del Diagnóstico Situacional.	-Disponer de guía metodológica. -Levantamiento de la información. -Análisis de la información.	-Población caracterizada -Diagnóstico de las situaciones de las PCD elaborado	-Doc. de Diagnostico situacional por zona de intervención disponible.
D. Elaboración del plan de acción	-Identificación y priorización de problemas. -Establecer un Plan de Acción: • Determinar los objetivos. • Programación de las acciones. • Definición de tareas y responsabilidades. • Evaluar cumplimiento del plan	-Principales problemas de la comunidad identificados. -Plan de acción elaborado en forma participativa.	-Doc. Plan de acción elaborado (incluyendo los compromisos y responsabilidades de actores claves)
E. Ejecución del Plan de Acción.	-Coordinación y desarrollo de las actividades de forma participativa.	-Actividades desarrolladas.	% de actividades cumplidas de acuerdo al plan.
F. Sensibilización y capacitación a personas con discapacidad, grupo familiar y la comunidad	-Conformación a comités de apoyo. -Capacitación de los comités locales sobre discapacidad y rehabilitación integral	-Determinar las necesidades generales de la comunidad. -Contribuir a la disminución del estigma de las PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	-No. Comités locales conformados -No. PERSONAS CON DISCAPACIDAD y grupo familiar capacitados.

FASE II Implementación			
Intervenciones	Metodología	Resultados	Indicadores Medibles
G. Intervención a PERSONAS CON DISCAPACIDAD dentro de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluación específica de cada una de las PERSONAS CON DISCAPACIDAD. -Gestionar ayudas específicas por necesidad las PERSONAS CON DISCAPACIDAD. -Referencia a centros de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> -PERSONAS CON DISCAPACIDAD evaluadas específicamente sus necesidades. -Efectividad del sistema de referencia y retorno. 	<ul style="list-style-type: none"> -Numero de PCD evaluadas. -Numero de referencias de las PERSONAS CON DISCAPACIDAD. -Numero de planes de tratamiento. -Evaluaciones periódicas de las PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
H. Establecimiento del Centro Comunitario de Rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar la capacidad instalada para la atención en CCR a PERSONAS CON DISCAPACIDAD: • Búsqueda de terreno o Infraestructura, Equipo e Insumos. • Elaboración de proyectos de infraestructura y equipamiento del CCR. • Recurso Humano • Búsqueda del financiamiento para contar con servicios de rehabilitación. • Mantenimiento de Infraestructura 	<ul style="list-style-type: none"> -CCR organizado y funcionando 	<ul style="list-style-type: none"> -No. de atenciones mensuales del CCR a PERSONAS CON DISCAPACIDAD:
I. Gestión de recursos.	<ul style="list-style-type: none"> -Identificación de recursos financieros, humanos, tecnológicos, a nivel gubernamental y no gubernamental. -Elaboración de proyectos 	<ul style="list-style-type: none"> -Proyectos elaborados -Fondos gestionados. -Recursos humanos y tecnológicos gestionados. 	<ul style="list-style-type: none"> -No. Proyectos gestionados -No. recursos humanos -Materiales y equipos tecnológicos disponibles. -Financiamiento anual disponible
J. Implementación del programa de voluntariado.	<ul style="list-style-type: none"> -Identificación de posibles voluntarios. -Establecer convenios de cooperación con Universidades, Instituciones y Empresas Privadas. -Desarrollo del programa de capacitación. -Asignación del área a trabajar de cada voluntario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de voluntariado funcionando. -Voluntarios realizando actividades dentro o fuera del CCR. 	<ul style="list-style-type: none"> -Número de convenios firmados. -Número de voluntarios formados. -Número de voluntarios desarrollando sus funciones. No. de instituciones participando.

FASE III Monitoreo y Evaluación			
Intervenciones	Metodología	Resultados	Indicadores Medibles
A. Coordinación del equipo implementador del Modelo Biosicosocial.	-Personal del CCR, Dirección de Proyectos del ISRI, voluntarios, cuidadores, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, líderes comunitarios, representantes de las redes e instituciones involucradas a nivel local realizarán reuniones bimensuales para dar seguimiento a la ejecución de las actividades del modelo.	-Seguimiento bimensual de la ejecución del plan de acción y las actividades realizadas.	-Numero de reuniones de seguimiento. -Consolidado de actividades planificadas.
B. Reuniones interinstitucionales (Ministerio de Salud, Educación, Trabajo, ISRI, entre otros)	-Se realizarán reuniones mensuales entre el equipo implementador y socios ejecutores del modelo para coordinar, planificar y dar seguimiento a las actividades establecidas en la implementación del modelo biosicosocial.	-Participación activa y constante donde cada quien defina sus competencias institucionales.	-Documento de Plan de trabajo. -Doc. de evaluación de plan de trabajo.
C. Reunión de Monitoreo	El equipo de monitoreo del modelo, conformado por la Directora de proyectos de extensión, Coordinadora del CCR, personal técnico, actores claves, representante de la municipalidad, diseñaran conjuntamente un sistema de monitoreo y realizaran una retroalimentación trimestral del sistema.	Informe anual de monitoreo.	Sistema de monitoreo definido. Informe anual.
D. Estudio de Casos de experiencias exitosas del modelo	Elaborar estudio de caso. Estos estudios de caso se podrán elaborar en forma visual a través de un video	Sistematización de los estudios de caso, en forma visual u otras técnicas.	Estudio de caso.
E. Reuniones de Evaluación con Personal de salud, educación, trabajo, ISRI, Actores locales, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, entre otros	Se desarrollaran jornadas de evaluación donde participaran el personal, para que de manera conjunta se realice un análisis de los procesos desarrollados así como también soluciones y limitantes para alcanzar los objetivos propuestos. Además se medirá el impacto con respecto a sus indicadores y objetivos. Se socializarán a nivel del consejo municipal y Red intersectorial los resultados de las evaluaciones y la sistematización de la experiencia destacando el principio de rendición de cuentas.	Evaluaciones desarrolladas cada 6 meses. Informe de cada jornada, donde se de a conocer: el avance de cumplimiento de los indicadores, objetivos; limitantes y lecciones aprendidas, entre otros.	Informe anual de la implementación del modelo Biopsicosocial. Memoria de labores anual.


FASE IV Resultados, efectos e impactos del modelo

Medir y valorar resultados e impactos alcanzados mediante la verificación de indicadores de las acciones realizadas según fases de intervención implementadas

- Organización y funcionamiento de equipo responsable
- Elaboración de indicadores para medición de resultados, efectos e impacto
- Diseño y aplicación de instrumentos
- Análisis de resultados, efectos e impacto
- Divulgación

VI. Referencias documentales

- CONAIPD –FISDL. Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), Comités Municipales de Coordinación de Red Solidaria. El Salvador. Folleto
- Estatutos de Red de RBC del Caribe y las Américas. 2010. Versión Prefinal.
- ISRI. Plan Estratégico 2010-2014 del ISRI. Junio 2011
- ISRI/Iniciativa Tripartita México-Canadá-OPS. Manual de Lineamientos para la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad
- Pedro Aguirre Cerda INRPAC (Chile). Modelo de RBC en el Instituto Nacional de Rehabilitación.
- OPS/OMS. Lecciones Aprendidas en RBC en América Latina. Armando Vásquez
- Union Europea / Ministerio de la mujer y desarrollo social. “La inclusión de las personas con discapacidad”. PROPOLI Lima, Perú.
- Primer Centro Comunitario de Rehabilitación en Quezaltepeque, <http://www.lapagina.com>. 2012
- Universidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Proyecto de Título 2004 Centro Comunitario de Rehabilitación Población La Faena, Comuna de Peñalolén
- OIT, UNESCO, OMS: Rehabilitación de Base Comunitaria, RBC, con y para personas con discapacidad.
- OIT, UNESCO, OMS, OPS: Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC, 2012.
- <http://www.isri.gob.sv/isri2011/> ISRI entrega donativo de alimentos a personas con discapacidad en Santo Tomas. Enero 2012
- <http://www.diariocolatino.com/es/> 23 diciembre 2011, nacionales/ En el 2012 el ISRI impulsar la rehabilitación comunitaria.htm



Implementación del
modelo biopsicosocial
para la atención de personas
con discapacidad a nivel nacional