

## SERVICIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

HLF/GCM/SJA/ERH/MFM

**Ref:** Aprueba Programa Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria.

**RES. EXENTA: N° 5544**

**SANTIAGO, 12 JUN 2013**

### VISTOS:

Lo establecido en el DFL N° 1/19.653, de 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del Estado; la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; la Ley N°20.422, que Establece normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad; la Ley N° 19.880, de Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; el Decreto N°128, de 2010, del Ministerio de Planificación; la Resolución Exenta N°334, de 2011, del Servicio Nacional de la Discapacidad, que nombra Subdirector Nacional; la Resolución Exenta N°506, de 2013, del Servicio Nacional de la Discapacidad, que estableció orden de subrogación del nivel central del Servicio; la Ley N° 20.641, de Presupuesto para el Sector Público para el año 2013; en la Resolución N°1600, de 2008, de la Contraloría General de la República sobre exención del trámite de Toma de Razón y demás antecedentes,

### CONSIDERANDO:

1. La ley 20.422, en su Artículo N°18 establece que "La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las **personas con discapacidad**, de sus familias y de la sociedad en su conjunto".
2. Que, la referida ley, en su Artículo N°22 establece que "El Estado fomentará preferentemente la rehabilitación **con base comunitaria**" (RBC).
3. La ley N°20.422 en su Artículo N°21 define la Rehabilitación Integral como el "conjunto de acciones y medidas que tienen por finalidad que las personas con discapacidad alcancen el mayor grado de participación y capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en consideración a la deficiencia que cause la discapacidad"
4. Que, de acuerdo a lo establecido en ENDISC-CIF 2004, en el año 2003 el 12,9% de la población nacional corresponde a personas con discapacidad, de las cuales solo el 6,5% de las personas con discapacidad accedieron a servicios de Rehabilitación.
5. La facultad concedida por el artículo 66, letra c) de la Ley N° 20.422 sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.

6. El Servicio Nacional de la Discapacidad ha creado el Programa denominado "Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria" cuyo objeto es dar cumplimiento a los preceptos indicados en los considerando anteriores.

**RESUELVO:**

1. **APRUÉBASE** el Programa Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria, indicado en el considerando sexto del presente acto y que se adjunta a la presente Resolución.
2. **SUSCRÍBANSE** los convenios de transferencia para el financiamiento y posterior entrega de recursos materiales y/o financiamiento de recursos humanos de ser el caso.
3. **TRANSFIÉRANSE** los recursos para la adquisición de los materiales considerados en la ejecución de las acciones del Programa para el año 2013, productos que forman parte de una canasta estándar, imputando el gasto que demande, al Subtítulo 24, ítem 01, asignación 581. Del mismo modo, de ser el caso, transfíeranse los recursos para el financiamiento de los profesionales, considerados en la ejecución de las acciones del presente Programa para el año 2013, imputando el gasto que demande al Subtítulo 24, ítem 01 y asignación 581, ambos del Presupuesto del Servicio Nacional de la Discapacidad para el año 2013.
4. En los siguientes ejercicios presupuestarios, las acciones del presente Programa se llevarán a cabo de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria del respectivo año.
5. Envíese copia de la presente Resolución a las Direcciones Regionales del Servicio y a los Departamentos de Administración y Finanzas, Fiscalía, y Salud, todos de este Servicio.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**

  
**OSCAR MELLADO BERRÍOS**  
Director Nacional (S)



**Programa  
Fortalecimiento de la  
Red de Rehabilitación con Base  
Comunitaria**

**SERVICIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD  
2013**

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a vertical stroke, positioned below the main text area.

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	4
1. ANTECEDENTES GENERALES .....	6
1.1 Situación de Discapacidad en Chile y el Mundo .....	6
1.2 Red de Salud y Rehabilitación en Chile .....	7
1.3 Discapacidad y Redes de Salud .....	8
1.4 La Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC) .....	11
2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA .....	14
2.1 Objetivo General: .....	14
2.2 Objetivos Específicos .....	15
2.3 Población Objetiva .....	15
3. LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PROGRAMA.....	16
3.1 DESARROLLO DE REDES LOCALES INTERSECTORIALES .....	16
3.2 APOYO AL DESARROLLO DE "CASAS DE INCLUSIÓN" .....	16
3.3 DESARROLLO DE LA REHABILITACIÓN EN TODAS LAS DISCAPACIDADES.....	17
a. Discapacidad Visual: .....	17
b. Discapacidad Auditiva: .....	17
c. Red de Salud Mental: .....	18
3.4 APOYO A LAS INICIATIVAS DE LA RED DE SALUD Y REHABILITACION EN TERRITORIOS PRIORITARIOS PARA SENADIS .....	18
a. Complementación de dispositivos de Rehabilitación.....	18
b. Apoyo al desarrollo de la Rehabilitación en la Atención Secundaria (Hospitales tipo 2 ó 3) .....	19
4. ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO TRANSVERSAL.....	19
4.1 Talleres de Formación .....	20



4.2 Apoyo a las Redes Locales ..... 20

4.3 Implementación ..... 21

5. ETAPAS DEL PROCESO ..... 21



## INTRODUCCIÓN

En Febrero de 2010, se promulga la Ley 20.422 que "Establece Normas sobre la Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad", creando el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), el cual tiene por finalidad promover la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad, con tal propósito el Servicio tiene como función elaborar y ejecutar, en su caso, el plan de acción de la política nacional para personas con discapacidad, así como planes, programas y proyectos, financiar ayudas técnicas y servicios de apoyo, entre otras funciones, debiendo dar cumplimiento en la aplicación de la ley a los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social.

Esta ley en el artículo N° 21, define la **Rehabilitación Integral** como el "conjunto de acciones y medidas que tienen por finalidad, que las personas con discapacidad alcancen el mayor grado de participación y capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en consideración a la deficiencia que cause la discapacidad".

Del mismo modo, establece que *"la prevención y rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de sus familias y de la sociedad en su conjunto"* (Art. N°18). Además, establece que las personas con discapacidad tienen derecho a que, el proceso de rehabilitación integre y considere la participación de su familia o de quienes las tengan a su cuidado (Artículo N°22). Asimismo, tienen derecho a lo largo de todo su ciclo vital y mientras sea necesario, a la rehabilitación y al acceso a los servicios de apoyo, terapias y profesionales que lo hagan posible, en conformidad con lo establecido en el inciso cuarto del artículo 4°; de la ley sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas Con Discapacidad. (Artículo N°21).

Por estas razones, es necesario fortalecer la Red de Rehabilitación a nivel nacional, a fin de proporcionar un mejor acceso a una rehabilitación oportuna y eficiente, que permita a las personas con discapacidad tener mayores



expectativas y mejores alternativas de habilitación, recuperación, rehabilitación e inclusión social una vez logrados los objetivos de la Intervención.

En el siguiente texto, se presentará el "Programa de Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria", enmarcado en la Ley N°20.422, que se estipula que el Estado puede "*fomentar la creación de centros públicos o privados de prevención y rehabilitación integral, como estrategia para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*". (Art. N°22).



## 1. ANTECEDENTES GENERALES

### 1.1 Situación de Discapacidad en Chile y el Mundo

En el último *Informe Mundial sobre Discapacidad* de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011), se estableció un Aumento en el índice de discapacidad de un 8% a 10%, al 15%, esto indica que más de dos mil millones de personas viven con alguna discapacidad. Asimismo, este estudio indica que en la "Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad"<sup>1</sup>.

En nuestro país, el primer "Estudio Nacional de Prevalencia de Discapacidad", ENDISC, realizado el año 2004 por FONADIS, en conjunto con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), y el Ministerio de Salud (MINSAL), estableció que en Chile un 12,9% de la población total presenta algún tipo de discapacidad, lo que equivale a 2.068.072 personas, de las cuales, sólo el 6,49% recibió atención de rehabilitación el año 2004, es decir, 134.257 personas.

Este estudio revela que el 51% de las personas con discapacidad se encuentran en edad adulta (entre 30 y 64 años) y que el 86% de la población con discapacidad en Chile tiene más de 29 años. Se destaca además la prevalencia de la discapacidad en el adulto mayor donde de cada cinco adultos mayores, dos presentan discapacidad.

También nos muestra que gran parte de la población con discapacidad, corresponde a personas con discapacidad física (31.3%), siendo la mayoría de ellas, personas entre 30 y 65 años y más (adultos y adultos mayores), quienes representan un 92% de las PcD física; también cabe destacar que la discapacidad sensorial alcanza un 27,6%. Esta situación se vió fuertemente contrastada con la limitada red de rehabilitación especializada que existía hasta hace algunos años atrás, la que principalmente se encontraba reducida a las Unidades de Medicina y Rehabilitación Física en Hospitales Generales (28 a lo largo del país), lo que fue abordado con la creación de los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) dependiente de la Atención Primaria en Salud (APS) experimentando un crecimiento importante, logrando llegar con dispositivos de rehabilitación básicos a más del 51% de las comunas del país, abarcando tanto comunidades Urbanas como Rurales. Sin embargo estos no han logrado responder a la alta demanda que se esperaba, debiendo

---

<sup>1</sup> Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad, OMS. Pág. 8.



seleccionar algunas Patologías específicas, dejando un gran número de personas con discapacidad sin la atención requerida. En relación a las personas con discapacidad sensorial, estas no cuentan con dispositivos especializados de rehabilitación, por lo que al ser dadas de alta por los establecimientos secundarios de salud, su proceso de rehabilitación queda inconcluso.

En este sentido, en ambos estudios se ratifica un alza de la población con discapacidad, lo cual se relaciona con el envejecimiento de la población y al incremento de los problemas crónicos de salud, asociados a discapacidad. Estos datos ratificaron la necesidad de aumentar la cobertura del Sistema de Rehabilitación a nivel nacional.

## **1.2 Red de Salud y Rehabilitación en Chile**

La actual Red Asistencial en Chile, consta de un grupo de prestadores (hospitales, centros ambulatorios, grupos médicos, centros de diagnóstico, etc.) organizados para administrar y proveer atenciones de salud continuas y coordinadas a una población determinada territorialmente.

La organización de los establecimientos de salud en Chile distingue tres niveles de atención, los cuales corresponden a un sistema estratificado de los servicios de salud, determinados por el nivel de atención y el factor de complejidad progresiva, cada uno con sus respectivas unidades en la red pública, dependientes de los Servicios de Salud o administrados por Municipalidades (establecimientos de atención primaria). Dichos niveles de atención comprenden un conjunto de recursos físicos, materiales, humanos y tecnológicos organizados de acuerdo a criterios poblacionales, territoriales, de capacidad resolutive y de riesgo para la atención en salud de grupos específicos.

Dentro de los modelos que más desarrollo han tenido en el último tiempo, encontramos el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (más conocido como Modelo de salud familiar) pilar de la Atención Primaria en Salud (APS). Este Modelo se basa en un enfoque biopsicosocial, donde se entiende que el proceso salud-enfermedad está determinado por una articulación de ámbitos (espiritual, afectivo, de comunicación, ambiente, cambios de conducta, etc.) y que requieren que los equipos de salud cuenten con una serie de habilidades y destrezas específicas para acompañar a las personas, familias y comunidades en el cuidado de su salud y mantener o recuperar dicho estado de bienestar a lo largo de todo el ciclo vital.



Es así que el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, se ha redefinido como: "Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas (usuarios) en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud.

En este modelo el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales".<sup>2</sup>

### 1.3 Discapacidad y Redes de Salud

El sistema de salud chileno es un sistema mixto (Público-Privado), liderado por el Ministerio de Salud (MINSAL). Como ejecutores de los lineamientos del MINSAL se establece una estructura de Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), red asistencial de establecimientos y niveles de atención, organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad asistencial.

Los Servicios de Salud establecen flujos de referencia y contra-referencia para que los servicios clínicos, reciban pacientes derivados desde los diferentes componentes de la red de salud correspondiente. Así los Centros de Salud de Atención Primaria derivan pacientes para ser resueltos por el especialista en niveles superiores, sin embargo en ocasiones dicha derivación considera pacientes con patologías que pudieran ser resueltas en la misma red de Atención Primaria con la debida capacitación de los profesionales y técnicos que se desempeñan en ese nivel de atención o a través de recursos específicos.

Dentro de las acciones de la APS, se encuentra el Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, el cual ha logrado aumentar la cobertura de rehabilitación para las personas adultas con patologías físicas. A pesar de los avances en cobertura de estos seis primeros años de implementación, las

---

<sup>2</sup> "Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud" DIGERA – MINSAL, 2008



acciones realizadas por estos dispositivos no han logrado alcanzar los máximos potenciales de rehabilitación e inclusión social de las Personas con Discapacidad como suponía el diseño inicial. Dicho diseño consideraba la creación de un dispositivo o componente de la red de salud capaz de implementar varios pilares del Modelo Biopsicosocial, el cual se visualizó como clave para asumir la rehabilitación desde el nivel de atención primaria, este ha sido llamado Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR), tales como lo muestra la figura 1:

Figura 1: Diseño esperado de un CCR (Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL)



El enfoque de rehabilitación inclusiva orientada a la recuperación de capital humano, el diseño de la Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC) desde el MINSAL concibió la rehabilitación como una "herramienta de desarrollo humano, social y económico, que al construir o restituir redes sociales complejas y relaciones de mutuo beneficio, entre los integrantes de una comunidad propiciará como estrategia de salida del sistema el desarrollo de iniciativas productivas y servicios comunitarios, con capacidad de generación de ganancia para los participantes".

En relación a la Red de Salud Mental del sector público, "El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población, formuló el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000), el cual ha fijado las principales líneas políticas y estratégicas en esta área. Sus principales fortalezas han sido sus formulaciones sobre Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, Organización de Servicios, Colaboración Intersectorial y Financiación"<sup>3</sup>, el plan está organizado en una red territorial en cada uno de los 28 Servicios de Salud del país. Este plan contempló la creación de una serie de dispositivos de atención insertos en todos los niveles de atención del Sistema de Salud Público del país. El objetivo de esta red es facilitar el acceso a los servicios y a las acciones sanitarias en instalaciones más cercanas a su residencia. Si bien la Red de Dispositivos de Salud Mental presenta un desarrollo mayor en tiempo y en densidad, tampoco ha logrado ser la solución a las problemáticas de este sector.

Por otra parte, la discapacidad sensorial no cuenta con una red especializada para atender las necesidades derivadas de las patologías de carácter sensorial, que pueden afectar primariamente los órganos como el ojo u oído o ser secundarias a otras enfermedades. En nuestro país, durante las últimas décadas la demanda de atenciones de patologías de origen sensorial se ha incrementado, especialmente en el grupo etéreo correspondiente a los adultos mayores. Este aumento de demanda por atención, se debe fundamentalmente a las mayores expectativas de vida de la población y al gran desarrollo tecnológico del área, lo que posibilita recibir rehabilitación visual o auditiva en casos en los que años atrás no era posible. Es por esto que se hace necesario desarrollar este componente en las Redes existentes o bien desarrollar una Red especializada que aborde estas problemáticas de forma colaborativa y participativa, integrando el trabajo del especialista con la actividad de la Atención Primaria de Salud.

En este sentido, uno de los primeros pasos se ha dado a partir de la creación de las Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (en caso de personas con discapacidad sensorial de causa visual), para garantizar oportunidad en el acceso, atención integral y asegurar la continuidad de la atención de los pacientes.

Por último, es importante destacar que las distintas redes de rehabilitación, ha mantenido un desarrollo totalmente desarticulado unas de otras, lo cual ha generado dificultades para abordar y resolver las problemáticas de los usuarios al

---

<sup>3</sup> Informe Who-Aims sobre Sistema de Salud Mental en Chile, Versión Española Junio 2007



tener que dirigirse a distintos dispositivos para solucionar las distintas materias de salud y discapacidad, no existiendo comunicación entre los equipos tratantes, dejando la responsabilidad en los usuarios de la transmisión de los antecedentes de su condición a los distintos profesionales.

#### **1.4 La Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC)**

Con el comienzo de la aplicación del Programa de Rehabilitación Integral en la Atención Primaria de Salud, se impulsa la implementación de la Estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC), de acuerdo al artículo N°22 de la Ley 20.422, donde señala que "el Estado fomentará preferentemente la rehabilitación con base comunitaria".

La RBC ha sido definida por la Organización de Naciones Unidas como "una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros". Esta estrategia promueve el desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad.<sup>4</sup>

Las características fundamentales de este enfoque son: pretende ubicar la atención primaria lo más cerca de la población, es multisectorial, estimula la descentralización, se propone democratizar el conocimiento, trabaja en red, en la búsqueda de la equidad mediante el acceso a igualdad de oportunidades e integración social (equiparación de oportunidades), en el marco de proteger los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad y finalmente, es parte importante de un sistema de protección social para este grupo de la población chilena.<sup>5</sup>

Los objetivos principales de la RBC son:

1. Asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los mismos servicios y oportunidades que el resto de la población, y ser

---

<sup>4</sup> "RBC, Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad, Documento de posición conjunta 2004". OMS, OIT y UNESCO. Página 2.

<sup>5</sup> Desarrollo metodológico de la Rehabilitación Integral en APS y Hospitales de menor complejidad. MINSAL, 2007.



colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general.

2. Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, como por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación".<sup>6</sup>

Del mismo modo, las Naciones Unidas señala que *"La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad. La estrategia RBC, iniciada hace 25 años, sigue promoviendo los derechos y la participación de las personas con discapacidad y fortaleciendo el papel de sus organizaciones (OPD) en el mundo.*

*La finalidad del documento conjunto de posición de 2004 es describir y respaldar el concepto de la RBC tal y como está evolucionando, con especial énfasis en los derechos humanos y hace un llamado por acciones para combatir la pobreza que afecta a muchas personas con discapacidad.*

*La OMS, la OIT y la UNESCO consideran a la RBC como una estrategia capaz de señalar las necesidades de las personas con discapacidad de todos los países en el seno de sus comunidades".<sup>7</sup>*

En esta evolución del concepto de RBC, la Organización Mundial de la Salud a desarrollado y publicado en el 2012 las "Guías para la RBC", las cuáles están en sintonía con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), y las estrategias de superación de la pobreza. Estas Guías hablan de la RBC como Desarrollo Inclusivo basado en la Comunidad, entendiendo el *"desarrollo inclusivo como el que incluye e involucra a todos, especialmente a quienes están marginados, con frecuencia, son discriminados. Las personas con discapacidad y los miembros de sus familias; particularmente quienes viven en las áreas rurales o comunidades remotas o en tugurios, con frecuencia no se benefician de las iniciativas de desarrollo y, por lo tanto, el desarrollo inclusivo en la discapacidad es esencial*

---

<sup>6</sup> "RBC, Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad, Documento de posición conjunta 2004". OMS, OIT y UNESCO. Página 3.

<sup>7</sup> "RBC, Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad, Documento de posición conjunta 2004". OMS, OIT y UNESCO. Página 1.



*para asegurar que ellos puedan participar significativamente en los proceso de desarrollo y las políticas”.*<sup>8</sup>

Desde esta mirada de Desarrollo Inclusivo y “ante la evolución de la RBC, hacia una estrategia de desarrollo multisectorial más amplia, en el año 2004 se desarrolló una matriz que busca ofrecer un marco común para los programas de RBC (fig. 2).

La Matriz de RBC tiene cinco componentes: la salud, la educación, la subsistencia, componente social y fortalecimiento, y dentro de cada componente, se consideran cinco elementos. Los primeros cuatro componentes se relacionan con sectores de desarrollo claves, reflejando el enfoque multisectorial de la RBC. El componente final se relaciona con el fortalecimiento de las personas con discapacidad, sus familias y las comunidades; lo cual es fundamental para asegurar el acceso a cada sector de desarrollo y, así, mejorar la calidad de vida y el disfrute de los derechos humanos para las personas con discapacidad.

No se espera que los programas de RBC puedan realizar todos los componentes y elementos de la matriz de RBC. Más bien, la matriz se diseñó para permitir que los programas seleccionen las opciones que mejor satisfacen sus necesidades locales, sus prioridades y recursos. Así como llevar a la práctica actividades específicas para las personas con discapacidad, los programas de RBC deberán desarrollar alianzas con otros sectores no cubiertos por los programas de RBC, para asegurar que las personas con discapacidad y los miembros de sus familias tengan acceso a los beneficios de estos sectores. El capítulo de Administración brinda más información sobre la Matriz de RBC”.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> “Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC”. Folleto Introducción. OMS 2012. Página 18.

<sup>9</sup> “Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC”. Folleto Introducción. OMS 2012. Página 22.



Figura 2: Matriz de RBC

Ilustración 1: Matriz de RBC



De este modo, la RBC es mucho más que la sola provisión de prestaciones de salud o de acciones de rehabilitación, e incluso va más allá que la extensión de servicios de rehabilitación hacia la comunidad, pues la esencia de esta estrategia sigue siendo la activa participación de los diversos actores de la comunidad, las propias personas con discapacidad, sus familias y organizaciones.

## 2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

De acuerdo a lo explicitado anteriormente, los objetivos del "Programa de Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria" son:

### 2.1 Objetivo General:

Mejorar el acceso de las personas con discapacidad y sus familias a procesos de Rehabilitación Integral con calidad y oportunidad, en sus contextos comunitarios y domiciliarios, mediante el fortalecimiento, diversificación y articulación la oferta de prestaciones de Rehabilitación tanto de la red pública como privada, el desarrollo de Redes de soporte socio-comunitarios en el marco de un Modelo de Gestión Local Integrado, que permita la inclusión social de las personas y comunidades.



## 2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1. Aumentar la cobertura, calidad y oportunidad de la Red de Rehabilitación con base comunitaria a lo largo de todo el país.
- 2.2.2 Generar acuerdos con autoridades locales, que permitan llevar a cabo Convenios de Colaboración con las instituciones seleccionadas e implementación de los mismos.
- 2.2.3 Favorecer la participación de la familia y comunidad en el proceso de rehabilitación
- 2.2.4 Fortalecer el accionar de los cuidadores (cuidados de las personas con discapacidad), su auto cuidado y su participación activa en los procesos de inclusión de los usuarios
- 2.2.5 Fomentar la Asociatividad de las instituciones locales (Intersector) en pos de la inclusión social de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores
- 2.2.6 Fomentar la conformación de redes locales de apoyo socio-comunitario, en relación a las necesidades de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores
- 2.2.7 Fortalecer la formación de los equipos de rehabilitación y de las organizaciones en materias de RBC, ayudas técnicas de bajo costo, formación de monitores locales, diagnóstico comunitario, trabajo comunitario en salud, entre otras materias.

## 2.3 Población Objetivo

Este programa está dirigido a los dispositivos de Rehabilitación públicos y privados del país, y a toda la población con discapacidad, sus familias, organizaciones y redes locales.

De acuerdo al Primer Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC), del 2004, la población chilena que presenta algún tipo y grado de discapacidad está estimada en el 12,9% de la población. Considerando que el programa no solo apoyará al beneficiario, ya que indirectamente se apoyará a las familias y cuidadores, el promedio de beneficiarios aumenta significativamente, estimándose que alcance aproximadamente al 51,6% de la población.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Para la estimación se considera una familia tipo de 2 adultos y 2 niños.



### **3. LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria, cuenta con las siguientes líneas de acción:

- 3.1 Desarrollo de redes locales intersectoriales
- 3.2 Apoyo al desarrollo de "Casas de Inclusión"
- 3.3 Desarrollo de la rehabilitación en todas las discapacidades
- 3.4 Apoyo a las iniciativas de la red de salud en territorios prioritarios

#### **3.1 DESARROLLO DE REDES LOCALES INTERSECTORIALES**

Esta estrategia busca impulsar Redes Locales Intersectoriales, tanto Públicas como Privadas, paso que constituye un cambio paradigmático importante, dejando de mirar a los centros de salud como los exclusivos responsables de la inclusión de las Personas con Discapacidad, compartiendo y acompañando esta responsabilidad con la comunidad local en la búsqueda de soluciones para las necesidades de las personas con discapacidad en sus diversas áreas de desarrollo personal (educación, trabajo, recreación, familia, soporte social, etc.).

Para lograr esto, no basta con trabajar sólo con la Red Asistencial, sino que se debe incorporar a las organizaciones de y para personas con discapacidad, en base a una gestión local integrada, que permitirá la articulación del Intersector, abriendo puertas y caminos a los procesos de inclusión social de las personas con discapacidad.

#### **3.2 APOYO AL DESARROLLO DE "CASAS DE INCLUSIÓN"**

En sintonía con el punto anterior, el fortalecimiento de la comunidad local en temas de discapacidad requiere de la visibilización de referentes en el ámbito local. Para esto, SENADIS propone el desarrollo de "Casas de la Inclusión", como espacio comunitario, punto de encuentro y reunión de las organizaciones de y para personas con discapacidad, de los distintos organismos públicos y privados que desarrollan servicios hacia la inclusión social de las personas con discapacidad. Este espacio físico permitirá el desarrollo de acciones de capacitación a la comunidad, la articulación de la oferta en rehabilitación, el



desarrollo de nuevas propuestas para la mejora de los sistemas de atención, entre otros.

La Casa de Inclusión se asume como un espacio que articula localmente diversos proyectos y programas, basado en el empoderamiento y participación de la comunidad, siendo un puente de diálogo con los organismos públicos locales responsables del desarrollo local y social de la comunidad.

### **3.3 DESARROLLO DE LA REHABILITACIÓN EN TODAS LAS DISCAPACIDADES**

Como sabemos, hasta ahora los recursos transferidos por SENADIS han estado ligados principalmente a discapacidad física, por lo cual es importante implementar iniciativas que le permitan a los distintos dispositivos de rehabilitación abarcar otras discapacidades, por ejemplo la red de Salud Mental, iniciar acciones tendientes a la conformación de una red de rehabilitación en discapacidad sensorial, etc.

- a. Discapacidad Visual: Esta discapacidad hasta el día de hoy, se ha focalizado principalmente en entrega de cursos de orientación y movilidad para ciegos en escuelas especiales. Es por esto que se requiere impulsar iniciativas que permitan establecer programas de habilitación y rehabilitación en discapacidad visual en las redes formales de habilitación y rehabilitación. Un ejemplo de ello es apoyar programas de entrenamiento en orientación y movilidad a personas ciegas o baja visión. Un punto relevante es considerar que existe una creciente población joven y adulta que adquiere la ceguera o baja visión y requiere de nuevas estrategias de detección, tratamiento y rehabilitación integral de los desafíos que representa esta compleja realidad.
  
- b. Discapacidad Auditiva: Esta discapacidad hasta el día de hoy, se ha focalizado principalmente de ayudas técnicas y en servicios de apoyo para su participación en escuelas y educación superior. Es por esto que se requiere impulsar iniciativas que permitan establecer en el mediano plazo programas de habilitación y rehabilitación en discapacidad visual. Un ejemplo de acciones en esta área son la detección precoz de hipoacusia, habilitación y rehabilitación en discapacidad auditiva, formación de redes locales de apoyo a la inclusión educativa, entre otras acciones.



- c. Red de Salud Mental: La actual red de Salud Mental Comunitaria, perteneciente al MINSAL, cuenta con una serie de dispositivos de diversa complejidad. Es importante que estos centros comiencen a insertarse en la red local integrada, prestando soporte a los dispositivos de atención a otras discapacidades, por lo cual es importante visualizar la Red de COSAM, Centros de Rehabilitación Psicosocial, entre otros, y evaluar los apoyos que requieran para prestar soporte a otros centros de rehabilitación cuando se requiera atención psicológica como parte del proceso de rehabilitación.

De igual forma visibilizar realidades y temáticas no cubiertas por los sistemas existentes (Fonasa, GES), tales como: Discapacidad Intelectual, Trastornos Generalizados del Desarrollo, Patologías Neurodegenerativas, Enfermedades de Baja Prevalencia, entre otras.

### **3.4 APOYO A LAS INICIATIVAS DE LA RED DE SALUD Y REHABILITACION EN TERRITORIOS PRIORITARIOS PARA SENADIS**

Los actuales dispositivos de rehabilitación de la red de salud, si bien han representado un avance, en comparación con el diseño esperado y según lo planteado por los propios equipos locales de rehabilitación, aún no logran niveles de desarrollo esperados, ni han desarrollado estrategias comunitarias fuertes que permitan llevar la rehabilitación a un mayor proceso de inclusión de los usuarios, sus familias y comunidades locales, por lo cual SENADIS apoyará iniciativas en territorios claves para la gestión territorial de la Política Nacional de Inclusión Social, cuya definición de los territorios a apoyar se establecerá en base a un análisis territorial realizado por las Direcciones Regionales de SENADIS.

Entre las temáticas de importancia para este análisis se considerarán las zonas donde la Red de rehabilitación existente no cuenta con el desarrollo esperado, zonas donde se emplacen proyectos de Desarrollo Comunitario como las Casas de Inclusión, entre otras.

#### a. Complementación de dispositivos de Rehabilitación

Esta estrategia corresponde al apoyo que entrega SENADIS a la implementación y desarrollo de distintos dispositivos de rehabilitación, públicos o privados, tales como Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), Centro de Salud Mental (COSAM), Hospitales Diurnos, Clubes Sociales, etc.; incorporando en sus acciones un poder catalizador y



potenciador que les permita entregar una rehabilitación más oportuna y de mayor calidad.

Los CCR implementados a la fecha por el Ministerio de Salud, no han desarrollado suficientemente el modelo comunitario (RBC) planteado en su desarrollo inicial, por lo que sus acciones se han tornado mayoritariamente de carácter clínico, por lo cual, SENADIS buscará dar un impulso al desarrollo de acciones comunitarias, y apoyar el proceso de transformación de estos centros hacia una rehabilitación más Integral y Comunitaria (RBC). Algunas acciones que se han impulsado o pueden reforzarse son: entrega de recursos metodológicos y materiales para el trabajo con las familias y las organizaciones, apoyar técnica y financieramente para realizar adecuaciones de accesibilidad física a los CCR, articular acciones entre el proceso de rehabilitación, la inclusión educativa y laboral en el medio local, fortalecer a las organizaciones de y para personas con discapacidad en las comunas donde está el CCR.

b. Apoyo al desarrollo de la Rehabilitación en la Atención Secundaria (Hospitales tipo 2 ó 3)

Es sabido, que comenzar lo más temprano posible el tratamiento es uno de los factores de buen pronóstico que marcan el proceso de rehabilitación, es por esto que se busca explorar alternativas nuevas de apoyo a los equipos de mayor complejidad, acompañando el crecimiento de Polos de Desarrollo en rehabilitación, que permitan aportar al crecimiento de la Red de Rehabilitación Integral (Física, de Salud Mental y Sensorial), iniciando los procesos de rehabilitación en instancias más tempranas. Esto permitirá un mayor desarrollo de habilidades de los beneficiarios y un proceso de inclusión más temprano y adecuado. En este sentido, SENADIS centrará su apoyo en aquellas iniciativas que busquen la inclusión de las personas con discapacidad y sus familias, desde el inicio de las acciones de rehabilitación.

#### **4. ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO TRANSVERSAL**

De acuerdo al nivel de desarrollo de cada uno de los dispositivos y las redes locales, el plan de fortalecimiento requerirá distintos apoyos. El SENADIS participará en el fortalecimiento con acciones tales como:



#### 4.1 Talleres de Formación

Una de las brechas importantes que se han levantado en la implementación de la estrategia de RBC en los equipos de rehabilitación es el desconocimiento de los profesionales sobre los lineamientos de esta estrategia. Es por esto que se desarrollarán talleres de formación, tanto para los profesionales de salud como para los integrantes de los distintos dispositivos asociados a la estrategia local. Para esto, se suscribirán convenios con instituciones que tengan experiencia en la temática, buscando entregar conocimientos en las distintas áreas involucradas en el desarrollo de la RBC y el Desarrollo Inclusivo basado en la comunidad como, Estrategia de RBC, ayudas técnicas de bajo costo y alto nivel de desempeño, reparación de sillas de ruedas, formación de monitores, etc.

De esta misma forma, recoger la experiencia de organizaciones comunitarias de trayectoria en ciertos ámbitos parece ser fundamental en el desarrollo de los saberes locales. Por lo cual, se considerará deseable la participación de representantes de organizaciones comunitarias, tanto como expositores como participantes en los talleres.

#### 4.2 Apoyo a las Redes Locales

Como una forma de fortalecer el desarrollo de la RBC en nuestro país, SENADIS desarrolla una serie de iniciativas tendientes a lograr una mayor Asociatividad de las organizaciones públicas y privadas que trabajan en torno a la discapacidad en cada comunidad.

En este sentido es importante establecer canales de comunicación entre las instituciones que trabajan en el mismo territorio, por ejemplo entre Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), Centro de Salud Mental (COSAM), la Oficina Municipal de Información Laboral (OMIL), establecimientos educacionales con integración Escolar (PIE) y organizaciones de y para personas con discapacidad; estableciendo metodologías y estrategias de acción que permitan un apoyo entre los distintos actores, potenciando las acciones de inclusión educativa, laboral y social, que forman parte de la rehabilitación integral.

En este sentido, la implementación del Modelo de Gestión Local Integrada, articulando el Intersector, será clave en el desarrollo de los procesos de inclusión social de las personas con discapacidad.

Como una medida complementaria, se plantea la realización de **Encuentros** a nivel local en donde se reúnan para planificar y mostrar el trabajo que realizan,



incentivando el desarrollo de redes de comunicación y trabajo conjunto, así como el impulso con características locales de la estrategia.

### 4.3 Implementación

Para el funcionamiento de cada dispositivo de la Red pública de salud el MINSAL entrega una canasta de implementos básicos de rehabilitación, es por esto, que para entregar una atención de mayor calidad y con mayor cobertura, SENADIS apoya esta implementación con una serie de elementos que han sido categorizados según sus características, los cuales se asignan según las necesidades específicas de cada dispositivo y comunidad. Dentro de estas categorías se podrán contemplar desde implementos específicos para el accionar de cada profesional de rehabilitación, vehículo<sup>11</sup> para las acciones comunitarias a desarrollar, hasta recursos humanos profesionales de rehabilitación<sup>12</sup>, entre otros.

## 5. ETAPAS DEL PROCESO

En una primera instancia el SENADIS define cuales serán las Orientaciones a abordar en el año en curso, y definirá los parámetros para la ejecución de las acciones del programa, lo cual quedará reflejado en una Guía de Gestión.

Seguido a esto, se consulta a cada Dirección Regional del Servicio, a fin de recabar información respecto a las acciones de rehabilitación realizadas en los centros de atención en salud de cada comuna, provincia o región, así como de las necesidades locales de rehabilitación, con el fin de tener la mayor cantidad de antecedentes posibles para la decisión de los estrategias locales a financiar.

Además, las Direcciones Regionales de SENADIS deben iniciar el contacto con las autoridades locales y sectoriales, a fin de establecer las voluntades y acuerdos para la ejecución del proyecto, así como con los equipos técnicos para recabar información de las necesidades específicas existentes y estimar los apoyos requeridos por cada dispositivo.

Las propuestas son evaluadas con los siguientes criterios de selección:

---

<sup>11</sup> Deberá contar con cupo en el parque automotriz, así como con el recurso humano necesario para su funcionamiento.

<sup>12</sup> Este apoyo es temporal, por lo que debe ser asegurada la continuidad de las acciones por parte de la autoridad local.



### **1. Pertinencia de la intervención**

Evalúa cómo la solución propuesta permite resolver el problema identificado, entendiendo que la estrategia descrita potencia los recursos personales, familiares y comunitarios que facilitan los procesos de integración/inclusión, considerando las necesidades y las características que presentan los beneficiarios directos, el contexto local y regional de intervención y las orientaciones definidas en estas bases.

### **2. Coherencia interna**

Evalúa en qué medida la propuesta ordena en forma coherente y lógica, los distintos componentes del proyecto desde el objetivo, resultados, actividades y recursos para desarrollar la estrategia de solución propuesta.

### **3. Experiencia del equipo ejecutor**

Evalúa en qué medida el proyecto cuenta con un equipo ejecutor acorde para el logro del objetivo, resultados y las características de la intervención. En este sentido, se analiza la experiencia del equipo en el desarrollo de proyectos vinculados al proceso de integración e inclusión, la diferenciación de roles y la organización del equipo ejecutor, en un marco de respeto de la autonomía y fortalecimiento del desarrollo de la organización.

### **4. Continuidad**

Evalúa en qué medida el dispositivo incorpora en su estrategia de intervención, el compromiso de mantener los apoyos o acciones en favor de la continuidad del mismo una vez terminado el financiamiento de SENADIS. Este criterio analiza la capacidad del ejecutor para asegurar en el tiempo, los resultados y efectos de la intervención en los beneficiarios directos e indirectos.

### **5. Complementariedad de recursos**

Evalúa en qué medida el dispositivo incorpora en su estrategia de intervención, recursos humanos, materiales y/o financieros adicionales provenientes de la misma institución proponente y de organismos asociados, debiendo ser éstos pertinentes y orientados a fortalecer la iniciativa durante su ejecución.

Esta información es analizada tanto a nivel regional en base a las orientaciones del Departamento de Salud , a fin de entregar la mayor información a la Dirección Nacional de SENADIS, con el fin de resolver las iniciativas que serán financiadas, estableciendo las características de los convenios y el apoyo específico que se requiere para cada uno de los dispositivos.

Con esta información se dará inicio al proceso de firma de un convenio de transferencia de recursos suscrito entre el SENADIS y organismos públicos,



DEPARTAMENTO DE SALUD  
SERVICIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

privados y comunitarios tales como Municipalidades, Corporaciones Municipales, Servicios de Salud, Fundaciones, organizaciones comunitarias, entre otros, quien será el representante del dispositivo o estrategia implementada, etapa que se la dicta la resolución aprobatoria del mismo por parte de SENADIS y da inicio a la etapa de instalación y ejecución del Convenio. Una vez dictada ésta última, la Dirección Regional de SENADIS se contactará con la institución beneficiaria para dar inicio a las acciones asociadas al convenio. A su vez, el Departamento de Finanzas (DAF) realizará la Remesa de dinero respectiva.

Las Direcciones Regionales de SENADIS, serán las encargadas de Supervisar y acompañar las distintas iniciativas de este programa, siendo así un programa descentralizado.

