

チリ共和国
身体障害者リハビリテーションプロジェクト
運営指導（中間評価）調査 報告書

平成16年4月
(2004年)

序 文

チリ共和国は、社会的弱者への支援を目的とした社会福祉政策に重きをおき、身体障害者福祉の改善に努力しています。しかし、全国唯一の国立小児身体障害者リハビリテーション病医であるペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所(INRPAC)は、施設面・技術面ともに十分とはいえない状況です。

チリ共和国厚生省は、当初西暦2000年をめどに新たなリハビリテーション病院の建設を計画し、身体障害者(特に小児)へのケアの向上を目指しましたが、国家予算が逼迫し、新病院の建設は据え置きとなりました。

その一方で、当初目的を果たすべく、INRPACを国立研究所として位置づけ、臨床に加えて教育研究機能を付加しました。そして、将来建設が予定される新病院での活動を念頭においた身体障害者リハビリテーションを既存施設内で展開すべく、同研究所の機能向上を目的としたプロジェクト方式技術協力(現在の技術協力プロジェクト)をわが国に要請しました。

これを受けて、JICAは、事前評価調査団、短期調査団の派遣を経て、2000年7月に派遣した実施協議調査団により、同年8月1日から5カ年の協力を開始しました。

そして、協力開始後2年3カ月が経過した時点でのこれまでの活動進捗、当初目標に対する達成度を確認評価し、計画修正を含めた適切な提言を行うため、平成14年10月26日から11月15日まで、国立身体障害者リハビリテーションセンター佐藤徳太郎総長を団長とする中間評価調査団を派遣しました。

本報告書は、上記調査の結果を取りまとめたものです。ここに本調査にご協力を賜りました関係各位に深甚なる敬意を表します。

平成16年4月

国際協力機構

人間開発部長

末森 満

目 次

序 文
写 真

第1章 中間評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の背景および目的	1
1-2 調査団構成	1
1-3 主要面会者氏名	2
1-4 調査日程	3
1-5 評価の目的	5
1-6 評価手法	5
1-7 プロジェクトデザインの変更	6
第2章 評価結果	7
2-1 評価グリッド	7
2-2 投 入	9
2-2-1 日本側	9
2-2-2 チリ側	10
2-3 5項目による評価	10
第3章 提言と教訓	11
【付属資料】	
1. ミニッツ（スペイン語、和訳）	18
2. マスタープラン	19
3. PDM 0	115
4. PDM ver 3	116
5. 評価用PDM（PDMe）	118
6. 日本およびチリによる投入実績リスト	120
7. PDM変更理由	131
8. PDM指標の変化（2000-2002）	134

9. 評価グリッド	138
10. 成果別の活動進捗状況	155



ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所 (INRPAC) でケアを受けている女兒



INRPAC敷地内で近隣の大学生ボランティアとふれあう子どもたち

第1章 中間評価調査の概要

1-1 調査団派遣の背景および目的

チリ共和国(以下「チリ国」と記す)は弱者救済を目的とした社会福祉を重視し、身体障害者福祉制度の改善に向け努力している。しかしながら全国唯一の国立小児身体障害者リハビリテーション病院であるペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所(INRPAC)は施設・医療技術ともに立ち遅れており、同病院の医療面・管理面での運営を向上させることを目的としてプロジェクト方式技術協力が要請された。

この要請を受けわが国は、2000年8月から5年間の予定でプロジェクトを実施中である。現在、長期専門家2名(チーフアドバイザー、業務調整)が派遣中であり、各専門分野の技術移転については短期専門家派遣および研修員招聘を中心にした協力を展開している。

今次、プロジェクト開始から約2年を経過した時点で、これまでの活動状況をレビューし、PDM指標の達成状況を把握する。また、プロジェクト目標の達成に必要なPDMの見直しを行い、今後の活動計画について先方と協議することを目的とする。

具体的には以下の4点を実施する。

- a) プロジェクト関係者との意見交換、視察によりプロジェクトの進捗状況の確認とPDM指標の達成状況を把握する。
- b) チリ側関係機関との協議により、双方の実施体制に即したPDM修正版を作成し、目標と活動内容の整合性を図る。
- c) これらの協議結果をもとに、今後の活動計画とモニタリング体制を策定する。
- d) 一連の協議を通じて双方で合意した事項についてはミニッツに取りまとめる。

1-2 調査団構成

・団長 総括／リハケアシステム

佐藤徳太郎 国立身体障害者リハビリテーションセンター 総長

・団員 リハビリ医学

長岡 正範 国立身体障害者リハビリテーションセンター 学院長

・団員 協力計画

坪井 創 国際協力事業団医療協力部医療協力第二課職員

・団員 評価分析

山口 豊 (株) ケイディーテック 取締役

・団員 通 訳 竹迫 和美 (財) 日本国際協力センター 研修監理員

1-3 主要面会者氏名

チリ側(*印は評価委員)

1) 厚生省

Dra. Raquel Child Goldenberg 国際協力室(OCAI)室長
Sr. Jose Miguel Huerta* 国際協力室プロジェクトコーディネーター
Dra. Carmen Lopez Stewer* 人材プログラム部長

2) 首都圏東部衛生局(SSMO)

Dr. Jaime Lavados Montes 局長
Dra. Andrea Poblete Saa* 副局長(医務)

3) 国家障害者基金(FONADIS)

Dra. Andrea Zondek Darmstadter 事務局長
Sr. Mauricio Zepeda Sanchez* 調査プロジェクト部長

4) 国際協力庁(AGCI)

Sr. Armando Patricio Perez* 水平協力部プログラムコーディネーター
山田 真美 JICA専門家(南南協力)

5) ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所(INRPAC)

Dr. Patricio Nuñez INRPAC院長
各成果コーディネーター10名(*参照)

成果1	リハ臨床業務改善	Rodrigo MORALES
		Carmen GARCIA
成果2	リハシステム改善	Dra. Patricia MENDEZ
		Dra. Patricia MARTINEZ
成果3	地域リハ展開	Hernan SOTO
		Marisol ROJAS
成果4	臨床データベース開発	Rodrigo MORALES
成果5	臨床研究促進	Hernan SOTO
		Angelica GUTIERREZ
成果6	リハ人材育成能力改善	Patricia GALVEZ
		Angelica GUTIERREZ
成果7	コミュニケーション促進	Patricia GALVEZ
		Isabel SOZA

*INRPAC内各成果のコーディネータ(計10名)

1-4 調査日程

月	日	曜日	時間	調査団日程
OCT	26	土	PM	日本出発(評価分析団員)
	27	日	6:10	チリ到着
	28	月	9:00	病院着・INRPAC院長表敬
			10:00	プロジェクト概要の発表
				PdMeにかかる山口団員からの質問、指摘および修正案
				山口団員からの評価グリッド導入の説明
			12:00	各成果のコーディネータによる収集済データの発表(各成果の活動の実施状況の確認ほか)
			13:00	昼食
			14:00	各成果のコーディネータによる収集済データの発表続き(各成果の活動の実施状況の確認ほか)
			29	火
	10:30	合同調整委員会開催		
	13:00	昼食		
	30	水	14:00	評価グリッド案(妥当性)の作成
			9:00	チリ側第3評価調査者との打合わせ
				山口団員からの評価グリッド導入の説明、日程の変更依頼
				PdMeの検討、チリ評価委員から修正提案箇所
			13:00	昼食
			14:00	今後のプロセスの打合わせ(評価グリッド案評価レポート案作業分担)
				評価グリッド(効率性、目標達成度):山口、Soto
				評価グリッド(インパクト、自立発展性):小川、Gutierrez
				評価レポート1.導入:Rojas、Galvez
				評価レポート2.評価結果:Galvez
				評価レポート3.提言、教訓:小川、Gutierrez
			Annex:Morales、Soza	
	ミニッツ案:山口、Soto			
	31	木	9:00	評価グリッド案b評価レポート案作成の分担作業
			13:00	昼食
	31	木	9:00	評価グリッド案および評価レポート案作成の分担作業
NOV	1	金		TODOS LOS SANTOS:休日
	2	土		日本出発(Dr.佐藤、Dr.長岡、坪井、竹迫)
	3	日		チリ到着12:55(日程確認)
	4	月	9:00	チリ事務所表敬
			10:30	病院着・INRPAC院長表敬
			11:00	院内見学
			12:00	日本人チーム打合わせ
			13:00	昼食
			14:00	各分野(7成果)についての進捗状況発表
			14:20	先週の作業進捗状況の報告(山口)
			14:30	PdMeの最終確認
			15:00	Coffee Break
			15:15	評価グリッド案(目標達成度、効率性、インパクト、妥当性、自立発展性)の検討

			17:00	
5	火		9:30	在チリ日本国大使館表敬（柴崎二郎参事官、遠藤知庸一等書記官）
			11:00	7成果コーディネータの発表および質疑応答
				成果1から3まで終了
			13:00	昼食
			14:00	評価グリッド案（インパクト、自立発展性）の検討 続き
			16:00	7成果コーディネータの発表および質疑応答
				成果4から7まで
			17:30	日本側打合わせ（評価結果、提言および教訓の検討）
6	水		9:00	5項目評価各項目結論、評価結果、提言および教訓の検討
			13:00	昼食
			14:15	佐藤団長によるリハシステムワークショップ
			17:30	
			20:00	PAC院長夕食会
7	木		9:00	ミニッツ案（評価レポート）作成最終チェック
			13:00	昼食
			14:00	児玉短期専門家合流（地域リハ視察）・地域リハセンター活動視察
8	金		8:30	SSMO表敬（評価結果による合意すべき事項、確認）
			9:30	AGCI表敬
			10:30	OCAI表敬（評価結果による合意すべき事項、確認）
			12:00	児玉先生最終まとめ院長報告（小児リハ医との最終検討会後）
			13:00	Dr.児玉送別昼食会（INRPACスタッフ全員）
			15:00	Hotelへ
9	土		9:00	身体障害者スポーツ大会参加（13:00-16:00）セレモニーのみ参加
10	日		PM	
11	月		9:00	評価レポート署名
			11:00	臨床研究概論ワークショップ
			13:00	JICA CHILE最終報告会
			15:00	日本側打合わせ（今年度後半活動確認、平成15年度実行計画案検討（専門家派遣、研修員受入、機材供与、イベント）、16年度TSI検討）
			16:00	今年度後半活動確認、平成15年度実行計画案検討（専門家派遣、研修員受入、機材供与、イベント）、16年度TSI検討（評価結果フィードバック）
12	火		9:00	平成15年度実行計画案検討（専門家派遣、研修員受入、機材供与、イベント）
			12:00	合同調整委員会・ミニッツ署名(MINSAL)
			13:30	昼食（SSMO主催）
			16:30	大使館報告
			17:30	ホテルへ
			18:40	ホテル発
			19:00	ヌニョア区劇場：障害児参加の民族舞踊発表会
			20:30	団長主催夕食会
13	水		9:30	La Faena診療所、病院建築予定地見学
			11:30	臨床研究テーマ個別相談
			12:30	INRPAC院長との最終報告
			13:00	送別昼食会(INRPACスタッフ全員)
			17:10	ホテル出発
			21:10	チリ出発
14	木			機内泊
15	金			日本到着

現地調査期間：平成14年10月26日～11月15日

1-5 評価の目的

評価は次の目的を持って行われた。

- (1) 実施協議（R/D）、活動計画（PO）およびPDMに基づいた、実行、効果および戦略の度合いを評価する。
- (2) 以下で述べる5項目によるプロジェクト評価を行う。
- (3) 評価委員による協議および日本人専門家とカウンターパートの共同検討を通じてプロジェクトのデザインと戦略を評価する。

1-6 評価手法

評価作業は、R/D、POおよびPDMに従う形で、合同評価委員会によって行われた。合同評価委員会は、日本側評価チームとチリ側評価チームによって構成されている。これらの作業を進めるにあたっては、以下に記載する5項目評価に基づき、PCM手法に沿った形で、各成果の分析、サマリーおよびディスカッションを実施した。

合同評価委員会の構成

◆日本側評価チーム(氏名、担当、所属肩書)

- ・ 佐藤徳太郎 総括／リハビリテーションケアシステム、国立身体障害者リハビリテーションセンター 総長
- ・ 長岡正範 リハビリテーション医学、同センター学院 学院長
- ・ 坪井 創 協力計画、国際協力事業団医療協力部医療協力第二課 職員
- ・ 山口 豊 評価分析、(株)ケイディーテック 取締役
- ・ 竹迫和美 通訳、日本国際協力センター 研修監理員

◆チリ側評価チーム(氏名、所属肩書)

- ・ Dra. Andrea Poblete Saa 首都圏東部衛生局 副局長
- ・ Dra. Carmen Lopez Sewart 厚生省衛生規準監理部 部長
- ・ Sr. Jose Miguel Huerta Torcio 厚生省国際協力室 プロジェクト調整官
- ・ Sr. Patricio Perez Carrasco 国際協力庁(AGCI)プロジェクト調整官
- ・ Sr. Mauricio Zepeda Sanchez 国家障害者基金(FONADIS)審査・プログラム部 部長

5項目評価(カッコ内スペイン語表現)

(1) 効率性 (Eficiencia)

プロジェクトにおける投入がどれほど効果的に成果に結びついたか。(投入コストが成果や目標達成度合いに見合っているか=実施プロセスの生産性)

(2) 有効性 (Efectividad)

プロジェクト目標が当初計画に対しどの程度達成されたか。また、外部要因によらずに各成果がプロジェクト目標達成にどの程度貢献したか。

(3) インパクト (Impacto)

プロジェクト実施によってもたらされた、直接的、間接的、正または負のインパクトはあるか。

(4) 妥当性 (Relevancia)

プロジェクト目標および上位目標が、相手国 (=チリ国) 政府の開発政策および裨益住民のニーズに合致したもののか。

(5) 自立発展性 (Sustentabilidad)

相手国がプロジェクトをより発展させていくことができるか、またプロジェクトによって達成された成果が、政策的、技術的、財政的に維持されていくかどうか。

1-7 プロジェクトデザインの変更

プロジェクトの実施に伴い、プロジェクト目標達成にかかるデザイン上のロジックを整理し、各成果の達成度をよりわかりやすく測るために、活動と指標に変更を行う必要があった。詳細は、付属資料 3, 4, 5 および 7 を参照。

第2章 評価結果

2-1 評価グリッド

5項目評価の概要は以下のとおりである。評価グリッド(付属資料9)には、この評価のさらに詳しい内容を記載している。

(1) 効率性

プロジェクトは、最初の2年の間にさらに活発な活動を行うようになってきており、プロジェクトの残りの期間について一層具体的な計画を持つようになってきている。一部の活動に多少の遅れがあるものの、プロジェクトの業務に重要な進展がみられた。機材供与と専門家派遣により、臨床手技の改善があった。また地域リハビリテーションの計画策定と実施は重要な進展である。地域リハビリテーションはINRPACが診療病院のモデルから、コミュニティーをベースとした身体・精神・社会的な視点からのリハビリテーションのモデルに変わることを可能とする。地域リハビリテーション業務を、より良くニーズをとらえて形成・実施し、効果をあげるため、プロジェクトの実施過程では検討が行われるべきである。またその経済面についても、資金要請や財政的な補整が可能となるよう、費用と便益の検討が行われるべきである。他方、入力画面の改良の必要となったため臨床データベースの開発には若干の遅れがあったものの、プロジェクト期間中の終了は可能と判断される。

プロジェクトによる投入は全体として、効率的に実施されており、また投入の効果を改善するために必要な調整の手段がとられている。機材は適切に使用されており、維持・管理されている。いくつかの分野において専門家派遣と研修員受入れは成果をあげており、またその成果を有効に活用するような手段がとられている。さらに、プロジェクト実施が進むにつれ、チリ側カウンターパート間のコーディネーションが改善してきている。リハビリテーション業務において、ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所(INRPAC)には異なる専門分野を超えたチームワークがあり、このことはプロジェクト実施にも役立ち、また地域リハビリテーションの業務の実施に特に重要である。

(2) 有効性

プロジェクトの目標達成を測る指標の修正が行われ、プロジェクトは現在その達成に向かって進んでいる。INRPACの患者の数は2000年8月から2002年の8月までの間に、4,395人から4,710人に7%増加した。またINRPACが提供する臨床手技の数は増加しサービスの質も改善した。このINRPACによる臨床手技の改善の多くは、既存の臨床手技の改良による。さらに2005年までにINRPACの自己収入を10%増加する目標の達成も可能とみられる。地域リハビリテーションの展

開のためには、障害者を支援するコミュニティー活動を技術的に、促進し助言する活動を行っている。

プロジェクトの実施にあたっては、成果の間で優先の順位があるべきである。現在は、臨床技術の改善に進展があり、地域リハビリテーションを推進する段階にきている。なおプロジェクトの実施中には、プロジェクト目標達成をみる指標について、質の改善も図ることができるよう、試験的な指標の検討と提案が行われるべきである。

(3) インパクト

現段階でプロジェクトの上位目標達成の見通しを語ることは困難である。しかしプロジェクトが現在、展開している活動からいくつかのインパクトを指摘することができる。まずペニャロレン区役所による地域の障害者のための事業の政策に対する、地域リハビリテーションの活動が与える影響がある。また、コミュニティー組織にも地域リハビリテーション活動は影響を与えている。地域リハビリテーションには、障害者の親や世話をする者達の組織の能力と自立する力を発展させ、その意識を改善していくことが期待されている。プロジェクトの実施中には、後の自立発展性も測れるよう、コミュニティーおよび組織(その他の保健サービスや他のリハビリテーション病院など)のレベルでのインパクトの可能性も再検討することが有益と思われる。

次に、インパクトとしては、診療データベース開発に際してのSSMO(首都圏東部衛生局)との協力とそのシステムのSSMOの将来の情報サービスネットワークへの活用の可能性があげられる。同様に診療データベースは、INRPACがアプリケーションソフトを作成する際のベースとしても役立ち、同病院の経営管理にも影響を与え得る。最後に、リハビリテーション分野の専門家の知見に対し、リハビリテーション技術のセミナーが及ぼす影響をインパクトとしてあげることができる。

(4) 妥当性

プロジェクトは、チリの国家政策、INRPACの方針、ターゲット・グループのニーズと一致しており妥当性を有する。障害者の社会統合プロセスを中心的な行動とする障害者社会統合法が方向づける現在の障害者に対するチリ国の政策とプロジェクトは合致している。プロジェクトがチリ厚生省のリハビリテーション政策の形成に貢献することが期待される。SSMOの政策はINRPACへの支援を継続してきた。またINRPACの方針もプロジェクトと合っている。病院の技術能力の向上、専門職員の養成、コミュニティー組織との協力、などの病院の戦略的な目標はプロジェクトと合致したものである。さらにINRPACの利用者とその世話をする者たちのニーズである、INRPACのサービスの改善と社会統合は、プロジェクトと一致している。なお障害と障害者のおかれた経済社会状況の間には相互関連があり、プロジェクトは障害者の社会公正にも寄与

することができる。

(5) 自立発展性

プロジェクトの持続性を確保するいくつかの要素がある。まずプロジェクト活動に対するチリ側の関与と責任感の高さがある。これには職員の配置替えがかなり少なく、INRPACのカウンターパートの定着性が高いことがこの面を強化している。また一般にカウンターパートの技術的なレベルは高いことが、プロジェクトによって促進された活動の発展が持続する可能性を確かなものにしていく。機材の利用方法も持続性に貢献している。さらに機材の多くは現地で購入され、製品使用サイクルのコスト(アフターサービス、メンテナンスコスト、使用コスト)が考慮に入れられている。なおプロジェクトの実施期間中には、プロジェクトの真の自立発展性の可能性を測るために、技術移転、機材供与の関係を再び確認し、分析することが必要と思われる。

財政的な面での持続性については、SSMOはプロジェクトの実施を支援してきており、プロジェクトの持続性は、このSSMOの支援によっている。このため持続性は保健制度の財政面での改革によっても影響され得る。またプロジェクトの成果を将来支える資金を与える、全国障害者基金(FONADIS)や区役所などの他の組織の寄与も重要である。最後に、INRPACによって提案される地域リハビリテーションモデルの展開は、その展開の中心はINRPACでなくコミュニティーであるため、さまざまなコミュニティーの組織の参加が、将来のプロジェクトの効果の持続のために必要である。

2-2 投入

(1) 日本側投入(詳細は付属資料6を参照)

- 長期専門家：2名
- 短期専門家：22名(延べ人数)
- C/P研修参加者：11名
- 実施イベント数：17回

内 訳	2000年	2001年	2002年
機材供与	47,189,000円	22,162,000円	手続き中 (計画額：23,966,000円)
携行機材	2,480,000円	4,125,000円	350,000円
現地業務費	3,710,000円	4,824,000円	2,520,000円 (計画額：3,182,000円)

(2) チリ側投入(詳細は付属資料6参照)

(単位：チリペソ)

内 訳	2000年 8月－12月	2001年	2002年 1月－9月
人件費	\$ 3,511,330	\$ 11,042,880	\$ 10,651,252
光熱費等基本経費	\$ 1,147,085	\$ 2,730,000	\$ 2,220,000
設備投資費	\$ 150,547	\$ 7,168,763	\$ 9,536,838
交通・移動費	\$ 130,000	\$ 1,181,496	\$ 1,730,566
イベント経費	\$ 350,460	\$ 1,015,000	\$ 351,400
印刷費	\$ 0	\$ 1,782,844	\$ 67,500
諸経費	\$ 454,278	\$ 2,418,518	\$ 2,873,412
合 計	\$ 5,743,700	\$ 27,339,501	\$ 27,430,968

2-3 5項目による評価の結論

合同評価委員会は、プロジェクトは一部の業務の実施に多少の遅れはあったものの、効率的に実施されてきたと判断する。INRPACのサービスを改善するというプロジェクト目標は、プロジェクト期間中に効果的に達成されると期待される。またプロジェクトはチリの全体的な政策及びターゲットグループのニーズと整合性がある。現時点でプロジェクトのインパクトをすべて判断することはまだ困難であるが、地域リハビリテーションや臨床データベースによるインパクトの可能性が予想される。さらに自立発展性については、プロジェクト内に好ましい要因もみられるものの、財政や社会的な外からの、ポジティブなものやネガティブなもの双方の要因に影響される可能性がある。プロジェクトがチリにおけるリハビリテーションのモデルの形成に貢献すれば、チリ厚生省は継続的な支援を行う。チリ・日本側双方は、プロジェクトの実施において協力しながらその努力を継続することが求められる。

第3章 提言と教訓

提言

3-1 成果1について

これまでの2年間、チリ・日本側双方の努力によって明らかになった互いの社会文化的システムを照らし合わせながら、移転すべき具体的技術を絞り込み、それらを導入する段階に入った。具体的には、理学療法、作業療法および言語療法について、NDT(ボバースアプローチ)や感覚統合の導入に集中的に努力すべきである。また、それらの開発のためという明確な位置づけのもと、各ユニットによる日本人専門家、カウンターパート研修および機材供与申請に関してより一層のコーディネーションが必要である。

3-2 成果2について

現時点ではリハビリテーションシステムの管理的活動を中心とした活動計画となっている。よって、効率性、帰結、患者の満足度等に関し、それらを測る指標に伴った活動計画を作成していく必要がある。

3-3 成果2について

入院ケアシステムの改善のために必要なのは、看護ケアの質を高めること。そのために小児リハ看護の分野での技術協力を強化する。例えば、日本での研修の際に可能なかぎり同一機関で研修を受講し、入院ケアシステムについての理解を深めることが強く望まれる。

3-4 成果3について

地域リハビリテーションモデルの開発を確かなものにするために実施機関の一つとしてペニャロレン区役所を含めることについて、検討する必要がある。また、同モデルの自立発展性を高めるために、プライマリーヘルスケアとのコーディネーション、FONADISとのコーディネーションが必要である。これら外部機関との連携を強化するために、プロジェクトは最大限のコーディネーションに尽力することが望ましい。また、地域リハビリテーションに関するWHOやPAHOなど国際機関の研究や国内他機関の経験を参考していくことが必要である。

3-5 成果4について

データベースの開発は、チームリハビリテーションの進展のために重要である。しかしながら、より効率的な使用のために、データベースに含まれる入力項目の数は関連する部門の合意のもとに

適切なものに限ることが望ましい。

3-6 成果5について

研究活動を進めるためにINRPACスタッフによる研究テーマの設定と、臨床研究に関する短期専門家派遣が必要である。

3-7 成果6について

INRPACが行う研修活動の企画運営に関するノウハウについて、日本でのカウンターパート研修にて理解を深めることが望まれる。

3-8 自立発展性について

SSMOおよび厚生省がリハビリの実施において政治的なサポートを行う必要がある。特に予算面(人員)でのサポートについて、SSMOがINRPACへ振り分けることが望ましい。さらに、このプロジェクトが今後有効に発展し、INRPACが国立センターとしての責務を十分に果たしていくためには、将来、可能なかぎり早期にINRPACが新たな場所に移転することが望ましい。

3-9 実施体制について

プロジェクトのコーディネーションチームが6か月ごとのモニタリングシステムを確立することが必要である。

3-10 技術協力のあり方について

プロジェクト活動全般にわたり、効果的、有効的かつ現実的な協力内容が望まれる。例えば、カウンターパート研修について、事前にチリ側から研修目的と内容が明確にされること。そして、それを達成するために必要かつ十分な研修内容が提供されたかどうか。また、日本人専門家の活動報告が活動期間内にチリ側にも提出されるべきである。このように、個々の投入活動について、目的を明確にしてそれに沿った適切な内容を双方で検討していくことが望まれる。

教 訓

3-11

2000年から2002年に実施したプロジェクト活動の中には、チリ側と日本側に計画性およびコンセンサスに関する理解に多少のずれ違いが認められた。しかし、中間評価調査に関してチリ側日本側双方が行った一連の作業および協議はそれらを改善するに十分なものであり、双方の合意のもとに今後の協力活動方針および計画が作成された。

3-12

プロジェクト開始時には身体分野(への協力)に力点が置かれていたが、これまでのプロジェクト活動と中間評価の作業を通じて、評価委員およびINRPACチームは、社会・精神・身体的なリハビリテーションの重要性を確認した。その結果、重要な活動の一つとして地域リハビリテーションを加えることとなった。つまり、今後は(プロジェクトの)デザインに関し、包括的な視点を持つことが重要である。

付 属 資 料

1. ミニッツ（スペイン語、和訳）
2. マスタープラン
3. PDM 0
4. PDM ver 3
5. 評価用PDM（PDMe）
6. 日本およびチリによる投入実績リスト
7. PDM変更理由
8. PDM指標の変化（2000－2002）
9. 評価グリッド
10. 成果別の活動進捗状況

身体障害者リハビリテーションプロジェクトへの技術協力に関する 中間評価調査団およびチリ共和国関係者との覚書

国際協力事業団(以下「JICA」という)が組織した佐藤徳太郎を団長とする日本の中間評価調査団(以下「調査団」という)は、身体障害者リハビリテーションプロジェクト(以下「プロジェクト」という)の進捗を確認・評価し、またプロジェクトの残る期間の協力の方針について意見を交わす目的で、2002年10月28日から13日までチリ共和国(以下チリという)を訪問した。

チリ滞在中、調査団とチリ共和国関係者(以下チリ関係者)は、プロジェクトの現状を分析し、今後のプロジェクトの実施について決めるために、これまでのプロジェクトの実施してきた活動と達成した成果について報告を受けた。

調査団とチリ関係者(以下「両者」という)は、付属の別紙のとおり、協議の結果に合意した。

サンチアゴ市, 2002年11月12日

佐藤徳太郎

団長

プロジェクト中間評価調査団

国際協力事業団

日本国

Dr. アントニオ・インファンテ・バロス

副大臣

厚生省

チリ共和国

Dr. ハイメ・ラバードス・モンテス

局長

首都圏東部衛生局

チリ共和国

Mr. ルイス・コヴァ・サンチェス

理事

国際協力庁

チリ共和国

付属文書

1. JICAおよびチリ共和国によって組織された合同評価委員会は合同調整委員会に対し、評価レポートを提出した。
2. 合同調整委員会は同レポートを受領し、プロジェクトの残る2年間の円滑な実施と目標達成のための提言を了承した。
3. 合同調整委員会は、プロジェクトにかかる合意事項として、評価レポートの付属書1に記載されている新たなマスタープランを了承した。
4. 合同調整委員会は、プロジェクトにかかる合意事項として、評価レポートの付属書4に記載されているPDMeを、新たなPDM(Ver. 4.0)とすることで了承した。

1. ミニッツ(スペイン語、和訳)

別添 1

身体障害者リハビリテーションプロジェクトへの
技術協力に関する
中間評価調査団およびチリ共和国政府関係者との
覚書

国際協力事業団（以下「JICA」という）が組織した佐藤徳太郎を団長とする日本の中間評価調査団（以下「調査団」という）は、身体障害者リハビリテーションプロジェクト（以下「プロジェクト」という）の進捗を確認・評価し、またプロジェクトの残る期間の協力の方針について意見を交わす目的で、2002年10月28日から13日までチリ共和国（以下チリという）を訪問した。

チリ滞在中、調査団とチリ共和国関係者（以下チリ関係者）は、プロジェクトの現状を分析し、今後のプロジェクトの実施について決めるために、これまでのプロジェクトの実施してきた活動と達成した成果について報告を受けた。

調査団とチリ関係者（以下「両者」という）は、付属の別紙のとおり、協議の結果に合意した。

サンチアゴ市, 2002年11月12日

佐藤徳太郎
団長
プロジェクト中間評価調査団
国際協力事業団
日本国

Dr. アンтониオ・インファンテ・パロス
副大臣
厚生省
チリ共和国

Dr. ハイメ・ラバードス・モンテス
局長
首都圏東部衛生局
チリ共和国

Mr. ルイス・コヴァ・サンチェス
理事
国際協力庁
チリ共和国

2. マスタープラン

別添2

マスタープラン

上位目標

INRPAC病院利用者の社会参加が推進される。

プロジェクト目標

INRPACのリハビリテーションサービスが改善される。(身体—精神—社会的な視点からの系統的リハビリテーションモデルを開発することによって)

成果

- 1 リハビリテーション診断、評価および治療における臨床手技が改善される。
- 2 リハケアシステムが改善される。
- 3 地域リハビリテーションシステムが展開される。
- 4 臨床データベースが開発される。
- 5 臨床研究が促進される。
- 6 リハの人材育成能力が改善される。
- 7 利用者とのコミュニケーションが促進される。

活動内容

- 1 診断、評価、治療の臨床手技が改善される。
 - 1-1 INRPACが実際行うリハ手技と一般的に行われているリハ手技を分析する(専門家の提言や研修員との意見交換を通じて)
 - 1-2 リハビリテーションの評価、診断および治療手技の実施計画を策定する。
 - 1-3 専門家派遣、C/P受入および機材供与により技術移転を実施する。
2. リハビリテーションのケアシステムが改善される。
 - 2-1 入院ケアおよび外来診療プログラムの現行フローを分析する。
 - 2-2 入院ケアおよび外来プログラムのフローを最適化する。
 - 2-3 最適化された入院ケアおよび外来プログラムのフローを実施する。
 - 2-4 臨床検討会を最適化された入院ケアフローに適合させる。
 - 2-5 入院および外来診療プログラムのマニュアルを作成する。
 - 2-6 リハチームと介助者の合意会議を開催する。
3. 地域でのリハビリテーションシステムが開発される。
 - 3-1 INRPACの裨益住民の住む地域開発プロフィールを定める。
 - 3-2 ペニャロレン区での在宅ケアシステムを実施する。
 - 3-3 ペニャロレン区で地域リハセンター(CCR)を1つ稼働させる。
 - 3-4 ペニャロレン区にて障害者家族自助グループを組織する。
 - 3-5 ペニャロレン区のCCRにて地域リハプログラムを実施する。
 - 3-6 CCRにて障害者組織作りのためのリーダー人材育成コースを開講する。
 - 3-7 CCRにてコミュニティ地域管理戦略ワークショップを実施する。
 - 3-8 CCRにて就労前ワークショップを実施する。

- 3-9 ペニャロレン区にて小規模作業所を組織する。
- 3-10 地域リハママニュアルの作成

- 4. 臨床データベースが開発される。
 - 4-1 臨床指標を用いたデータベース構築を行う。
 - 4-2 臨床データベースのインプット部分を作成する。(DBC V1.0)
 - 4-3 データベース使用について利用者に教育を行う。
 - 4-4 臨床データベースのアプリケーションの修正作業を行う。(DBC V1.0)
 - 4-5 臨床データベースのプロジェクションを開発する。(DBC V.2.0)
 - 4-6 臨床データベースのプロジェクションのモジュールを実施する。

- 5. 臨床研究が促進される。
 - 5-1 図書センターの開設。
 - 5-2 臨床研究の方法論についてINRPAC専門職チームへの指導を行う。
 - 5-3 リハにおける主要研究テーマの同定および選択を行う。

- 6. リハの分野での人材育成能力が向上される。
 - 6-1 研修教育調整担当チームを発足する。
 - 6-2 INRPACのスタッフを対象とした継続的研修プログラムの策定する。
 - 6-3 院外への研修プログラムを策定する。
 - 6-4 INRPACスタッフ対象の継続的研修プログラムを実施する。
 - 6-5 院外への研修プログラムを実施する。
 - 6-6 研修要望の評価方法を開発する。

- 7. 利用者とのコミュニケーションが推進される。
 - 7-1 INRPACのパンフレットを作成する
 - 7-2 INRPACのホームページを作成し定期的にアップデートする。
 - 7-3 INRPACの広報用の文書を作成する。
 - 7-4 INRPAC内にインフォメーションオフィスを設ける。
 - 7-5 苦情相談帳を機能する状態に維持する。
 - 7-6 ホームページを通じたリハ診察予約システムを確立する。
 - 7-7 利用者としリハチームが3ヶ月毎に意見交換会を実施する。

MINUTA DE REUNIONES
ENTRE
EL EQUIPO JAPONÉS PARA LA EVALUACIÓN INTERMEDIA
DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO
Y
LAS AUTORIDADES CONCERNIENTES
DEL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE CHILE
SOBRE
LA COOPERACIÓN TÉCNICA PARA EL PROYECTO DE
REHABILITACIÓN PARA PERSONAS DISCAPACITADAS

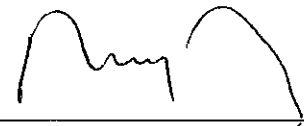
El Equipo Japonés para la Evaluación del Proyecto (en adelante denominado como "Equipo") organizado por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominada como "JICA") y encabezado por Dr. Tokutaro SATO, visitó la República de Chile (en adelante denominado como "Chile") desde el 28 de octubre hasta el 13 de noviembre del 2002, con el propósito de revisar y evaluar los avances del "Proyecto de Rehabilitación para Personas Discapacitadas" (en adelante denominado como "Proyecto") e intercambiar opiniones sobre la estrategia de cooperación para el período restante del Proyecto.

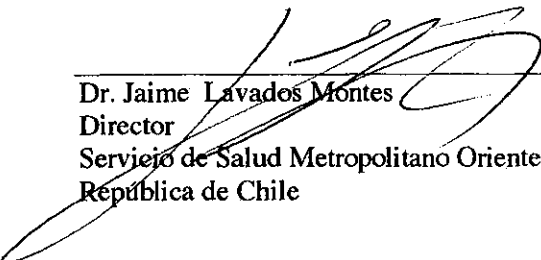
El Equipo, durante su estadía en Chile, y las autoridades concernientes del Gobierno de Chile (en adelante denominadas como "Autoridades Chilenas") fueron informados de las actividades realizadas, de los resultados alcanzados hasta el momento, analizaron el estado de avance del Proyecto y acordaron las medidas necesarias para la futura ejecución del proyecto.


Como resultado del intercambio de opiniones, el Equipo y las Autoridades Chilenas (en adelante denominados como ambas partes) acordaron los términos referidos en el documento adjunto.

Santiago, 12 de noviembre, 2002


Dr. Tokutaro SATO
Jefe
Equipo Japonés
Evaluación Intermedia Ejecución del Proyecto
Agencia de Cooperación Técnica del Japón
Japón


Dr. Antonio Infante Barros
Subsecretario de Salud
Ministerio de Salud de Chile
República de Chile


Dr. Jaime Lavados Montes
Director
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
República de Chile


Sr. Luis Cova Sánchez
Director Ejecutivo (S)
Agencia de Cooperación Internacional de Chile
República de Chile

DOCUMENTO ADJUNTO

1. El Comité Evaluación Conjunta organizada por JICA y la República de Chile ha presentado el Informe de Evaluación al Comité Coordinación Conjunta.
2. El Comité Coordinación Conjunta ha aceptado el informe y ha tomado nota de sus recomendaciones para la implementación exitosa del Proyecto y sobre el logro del propósito del proyecto para los dos años restantes
3. El Comité Coordinación Conjunta ha aceptado el nuevo plan maestro acordado por el proyecto el cual se describe en el Anexo 1 de l Informe de Evaluación.
4. El Comité Coordinación Conjunta ha aceptado la nueva PDM (Ver.4.0), a partir de la PDMe, acordado por el proyecto el cual se describe en el Anexo 4 de l Informe de Evaluación.



**REPORTE DE EVALUACIÓN CONJUNTA DEL PROYECTO
MITAD DEL PERÍODO DE EJECUCIÓN**

**LA COOPERACIÓN TÉCNICA PARA EL PROYECTO DE
REHABILITACIÓN PARA PERSONAS DISCAPACITADAS**

Agencia de Cooperación Técnica del Japón

**Japón
y
República de Chile**

Santiago, 11 de noviembre, 2002

Dr. Tokutaro SATO, M.D., Ph.D.
Jefe
Equipo Evaluador Japonés
Mitad del Período de Ejecución
Agencia de Cooperación Técnica del Japón
Japón

Dra. Andrea Poblete
Jefe
Equipo Evaluador Chileno
Mitad del Período de Ejecución
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Chile

CONTENIDOS DE INFORME DE EVALUACIÓN

1- Introducción

- 1-1. Título de Proyecto
- 1-2. Periodo de Cooperación
- 1-3. Entidad Ejecutora
- 1-4. Período de Evaluación
- 1-5. Objetivos de Evaluación
- 1-6. Método de Evaluación
- 1-7. Cambios en el Diseño del Proyecto

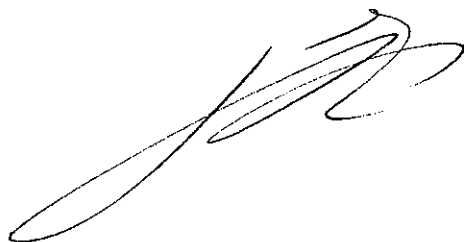
2- Resultados de Evaluación

- 2-1. Cuadro de Evaluación
- 2-2. Inversiones
 - 2-2-1 Parte Japonesa
 - 2-2-2 Parte Chilena
- 2-3. Conclusión de Evaluación por 5 criterios

3- Recomendaciones y lecciones

ANEXOS

- Anexo 1. Plan Maestro Nuevo
- Anexo 2. PDM0
- Anexo 3. PDM ver3
- Anexo 4. PDMe
- Anexo 5. Lista de inversiones realizadas por Japón y Chile
- Anexo 6. Tabla de justificación de cambios de PDM
- Anexo 7. Comparación de los indicadores 2000 - 2002
- Anexo 8. Cuadro de Evaluación
- Anexo 9. Tabla de Actividades Realizadas por 7 resultados



1- INTRODUCCION

1-1. Nombre del Proyecto

Proyecto de Rehabilitación para Personas Discapacitadas

1-2. Período de Cooperación

Desde el 1 de agosto, 2000 hasta el 31 de julio, 2005

1-3. Institución Ejecutora del Proyecto

Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC)

1-4. Período de Evaluación

Desde el 28 de octubre hasta el 12 de noviembre, 2002

1-5. Objetivos de la Evaluación

La evaluación fue dirigida con el objeto de:

- 1) Evaluar el nivel de realización, efectos totales y estrategias, basadas en el Registro de las discusiones (R/D), Plan de Operaciones (PO) y en el Diseño de la Matriz del Proyecto (PDM)
- 2) Evaluar el Proyecto en términos de los cinco criterios que son mostrados abajo, y
- 3) Examinar el diseño y estrategias del Proyecto a través de reuniones y estudio conjunto de expertos y sus contrapartes, para mejorar su implementación.

1-6. Método de Evaluación

Las actividades de Evaluación fueron conducidas por el Comité Conjunto de Evaluación, el cual fue compuesto por el Equipo Japonés de Evaluación y el Equipo Chileno de Evaluación, según el R/D, PO y PDM. Estas actividades incluyen análisis de resultados, resumen, y discusiones con los miembros del equipo encargados de los productos siguiendo la metodología PCM, basados en los cinco criterios de evaluación descritos a continuación.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(1) Eficiencia

Eficiencia se refiere a la productividad del proceso de implementación, examinando si los inputs (la inversión realizada) a través del proyecto fueron eficientemente convertidos en output (resultado).

(2) Efectividad

Efectividad se refiere a la dimensión en la cual los beneficios esperados del proyecto han sido logrados de acuerdo a lo planificado, y examina si el beneficio se obtuvo como resultado de proyecto, no por factores externos.



(3) Impacto

Impacto directo e indirecto, positivo y negativo, causado por la implementación del proyecto, incluyendo la dimensión en la cual las metas han sido logradas.

(4) Relevancia

Relevancia se refiere a la validez del propósito del proyecto y sus metas finales en conexión con las políticas de desarrollo del gobierno chileno como también de las necesidades de los beneficiarios.

(5) Sustentabilidad

Sustentabilidad se refiere a la dimensión en la cual el país receptor puede desarrollar más allá el proyecto, y los beneficios generados por el proyecto pueden ser sostenidos bajo las políticas del país receptor, la tecnología, sistemas y financiamiento estatal.

COMPOSICIÓN DEL EQUIPO CONJUNTO DE EVALUACIÓN

EQUIPO JAPONÉS	EQUIPO CHILENO
Dr. Tokutaro Sato Líder Sistema de Cuidado en Rehabilitación Director NRCD	Dra. Andrea Poblete Saa Subdirector médico S S M O
Dr. Masanori Nagaoka Médico en Rehabilitación Director del Instituto del NRCD	Dra. Carmen López Stewart División de Rectoría y Regulación Sanitaria Ministerio de Salud
Sr. Hajime Tsuboi Planificador de Cooperación 2º División de Cooperación médica. Depto. de cooperación médica. JICA	Sr. José Miguel Huerta Torchio Coordinador de Proyectos Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales Ministerio de Salud
Sra. Kazumi Takesako Coordinador Intérprete. JICA.	Sr. Patricio Pérez Carrasco Coordinador de Proyectos AGCI
Sr. Yutaka Yamaguchi Consultor de evaluación	Sr. Mauricio Zepeda Sánchez Jefe de Depto. De Estudios y Programas FONADIS



AGENDA DE EVALUACIÓN

	día	Hora	Actividades	Comité Evaluador Japonés	Comité Evaluador Chileno
28	LUN	AM	Presentación de progreso de evaluación por Coordinadores. (Actividades realizadas)	X	
		PM	Discusión de PDME	X	
29	MAR	AM	Comité Coordinación Conjunta	X	X
		PM	Presentación de Borrador de Cuadro de Evaluación	X	
30	MIER	AM	Explicación de Cuadro de Evaluación y Discusión de PDMe	X	X
		PM	Preparación de Borrador de Cuadro de Evaluación e Informe de Evaluación	X	
31	JUE	AM/PM	Preparación de Borrador de Cuadro de Evaluación e Informe de Evaluación	X	
1	VIER		Preparación de Borrador de Cuadro de Evaluación e Informe de Evaluación	X	
2	SAB		Preparación de Borrador de Cuadro de Evaluación e Informe de Evaluación	X	
3	DOM		Llegada del cuerpo de Misión de Evaluación Japonesa a Chile	X	
4	LUN	AM	Recepción y Observación de las unidades del INRPAC	X	
		PM	Presentación del progreso de evaluación en la semana anterior a la Misión	X	X
			Confirmación de PDMe	X	X
			Discusión de Cuadro de Evaluación (Relevancia, Eficiencia, Efectividad)	X	X
5	MAR	AM	Entrevista de contrapartes	X	
		PM	Continuación de Discusión de Cuadro de Evaluación (Impacto, Sustentabilidad y Sumario)	X	X
			Entrevista de contrapartes chilena sobre el presupuesto, disposición de C/P, utilización, mantención de equipos y etc.	X	
6	MIER	AM	Discusión de Conclusión, Recomendación y Lecciones en el Informe de Evaluación	X	X
7	JUE	AM	Revisión Final de Informe de Evaluación	X	X
8	VIER	AM	Visita a SSMO	X	
			Visita a AGCI	X	
			Visita a OCAI	X	

9	SAB	AM	Participación en Evento Deportivo de INRPAC	X	
10	DOM	PM	Preparación del Borrador de Minuta	X	X
11	LUN	AM	Firma de Informe de Evaluación	X	X
12	MAR	AM	Comité Coordinación Conjunta (Presentación de reporte de evaluación y Firma de Minuta)	X	X

1-7. Cambios en el diseño del proyecto

En la medida que se fue ejecutando el proyecto, fue necesario modificar actividades y ajustar los indicadores para poder medir en forma mas objetiva los productos, para mejorar la relación lógica y cumplir con el propósito del Proyecto (PDM0-PDM3).
 Detalles en anexo 2, 3, 4 y 6.

2- RESULTADOS DE EVALUACIÓN

2-1. Cuadro de Evaluación

El siguiente resumen describe la evaluación a través de cinco criterios. En el Cuadro de Evaluación (Anexo 8) se podrá encontrar más información sobre esta evaluación.

Eficiencia

Después de los dos primeros años de desarrollo del proyecto, se observa que éste ha comenzado a tener mayor dinamismo, percibiéndose una planificación más concreta para el resto del proyecto. Aunque hubo leve demora en algunas actividades, el Proyecto ha experimentado avances significativos. Los equipos renovados y el envío de expertos han permitido que existan avances en el mejoramiento de los procedimientos clínicos. También se puede destacar los avances experimentados en la planificación y en la ejecución de RBC. RBC tiene un rol fundamental que permitirá al INRPAC transitar desde un modelo asistencial clínico hospitalario, hacia otro modelo bio psico social basado en la comunidad. El proceso de ejecución del Proyecto deberá ser examinado para responder más fielmente a los reales intereses de relevar, implementar y validar el trabajo de RBC. Sobre sus aspectos económicos, es necesario estudiar costo y beneficio para respaldar las peticiones y ajustes presupuestarios. Por otro lado, en el desarrollo de la base de datos clínicos se nota un leve retraso debido a la necesidad de la depuración de los campos. Pero tiene perspectiva de terminar el trabajo dentro del período del Proyecto.

En términos generales, se puede mencionar que las inversiones han sido utilizadas en forma adecuada, y se están tomando medidas de ajuste para lograr un mejor uso de las mismas. Los equipos se están utilizando, manteniendo y administrando en forma correcta. El envío de expertos y el otorgamiento de becas han sido de utilidad en algunas áreas y se están

(4)

implementando medidas para mejorar el beneficio obtenido de los mismos. Se nota una mejora en la coordinación de las contrapartes chilenas a medida que avanza la ejecución del Proyecto. A nivel del INRPAC existe un trabajo en equipo que se integra con los aportes de diferentes especialidades en el proceso de rehabilitación, lo que resulta provechoso para la ejecución del Proyecto y resulta fundamental para ejecutar el trabajo en el área de Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC).

Efectividad

Las metas definidas dentro del objetivo del proyecto actualmente se están logrando a base de nuevos indicadores fijados para medir el logro del proyecto. Se ha incrementado el número de pacientes que reciben servicio en el INRPAC, registrándose un aumento del 7%, de 4.395 a 4.710 pacientes, desde agosto de 2000 a agosto de 2002. También se ha podido observar un mejoramiento en la calidad del servicio del INRPAC con la mayor cantidad de procedimientos que ofrece. La mayoría de los mejoramientos de los procedimientos ofrecidos por el Instituto han sido posible por el rediseño de los mismos. Además se consideran buenas las perspectivas de lograr un aumento del 10% en los ingresos propios al 2005. Para el desarrollo de Rehabilitación con Base Comunitaria, está en proceso de ejecución el trabajo para fomentar y asesorar técnicamente actividades comunitarias que apoyan a personas con discapacidad.

Existe necesidad de diferenciar la ponderación otorgada a los diferentes resultados en el momento de la ejecución. Actualmente el Proyecto ya se encuentra una etapa para impulsar RBC después de lograr avances en el mejoramiento de procedimientos clínicos. En el proceso de la implementación del Proyecto, es necesario estudiar y plantear experimentalmente indicadores de calidad con respecto al alcance del propósito del proyecto.

Impacto

En esta etapa del proyecto es difícil determinar si se alcanzará la meta superior (impacto) del mismo. Sin embargo, con las actividades que se están desarrollando ya se pueden indicar algunos impactos. Como primer impacto visible se puede apreciar la influencia que tuvo el desarrollo de la actividad de RBC respecto a la política local de la Municipalidad de Peñalolén en cuanto a su trabajo en torno a las personas con discapacidad. Asimismo, se puede apreciar como el trabajo de RBC influye sobre las organizaciones comunales. Se espera que la RBC mejore la conciencia de grupo de las organizaciones de padres y de cuidadores relacionados, desarrollando capacidades y competencias funcionales para su autovalencia. En el proceso de la ejecución del Proyecto, será útil reevaluar la actual lógica de sus posibilidades de impacto a nivel comunitario e institucional (otros servicios de salud o unidades de rehabilitación) para evaluar su sustentabilidad.

Como segundo impacto se puede mencionar, la colaboración que existió con el SSMO durante el desarrollo de la base de datos y la posibilidad de la utilización futura del sistema, en el desarrollo la red informática del Servicio. Asimismo, la BDC influenciará la gestión de la administración del INRPAC ya que servirá como base para la construcción de las aplicaciones. Finalmente otro impacto que se puede mencionar es mediante la ejecución de los seminarios técnicos que influyen en la visión y orientación terapéutica en los profesionales del área de rehabilitación.



Relevancia

El Proyecto tiene relevancia al tener concordancia con la política nacional, la política del INRPAC y las necesidades del grupo blanco del mismo. El Proyecto está de acuerdo con el lineamiento de la actual política nacional relacionada con las personas con discapacidad, tal como se enmarca en la Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad cuyo foco de acción se centra en el proceso de integración de dichas personas en la sociedad. Se espera que el Proyecto contribuya al desarrollo de una política de rehabilitación de parte del Ministerio de Salud. Política del SSMO ha mantenido su apoyo al INRPAC. También la política institucional del INRPAC es congruente con el Proyecto. Los objetivos estratégicos del Instituto respecto al desarrollo de la capacidad técnica, formación de profesionales y la colaboración con las organizaciones comunales son coherentes con el Proyecto. A su vez, el Proyecto está de acuerdo con las necesidades de los usuarios y sus cuidadores, los cuales necesitan el mejoramiento del servicio del INRPAC e integración social. El Proyecto también puede contribuir a favorecer la igualdad social del discapacitado, debido a que existe una correlación entre el nivel socio económico y la discapacidad.

Sustentabilidad

Existen ciertos factores que aseguran la sustentabilidad del Proyecto. Uno de esos factores es el compromiso y responsabilidad por parte de las contrapartes chilenas con respecto a las actividades del Proyecto. Este hecho se ve fortalecido por la alta permanencia de las contrapartes en el INRPAC ya que existe una muy baja rotación a nivel del Equipo. Asimismo, las contrapartes poseen, en general, un nivel técnico elevado, con lo cual se asegura una alta posibilidad de la continuidad del desarrollo de las actividades fomentadas por el Proyecto. La manera de utilización de los equipos es otro aspecto que puede asegurar la sustentabilidad del proyecto. La mayoría de los equipos fueron comprados localmente considerando los costos de ciclo de vida (servicio post-venta, costo de mantenimiento y operativo). En el proceso de la ejecución del Proyecto, será necesario reevaluar y analizar la actual lógica de transferencia tecnológica y equipamiento en función de las reales capacidades futuras de sustentabilidad del proyecto.

Con respecto a la sustentabilidad financiera del Proyecto, el SSMO ha apoyado la ejecución del Proyecto y la sustentabilidad del mismo dependerá de la continuidad de dicho apoyo. La sustentabilidad también puede verse afectada por un cambio en el sistema financiero nacional de salud. La contribución de otros organismos es muy importante, tales como el FONADIS y las Municipalidades para que aporten recursos para sustentar los resultados del Proyecto en un futuro. Finalmente, para que los resultados del Proyecto sean sustentables, es necesaria la participación de las diversas agrupaciones de la comunidad en el desarrollo del modelo de RBC propuesto por el INRPAC, teniendo claro que el eje de tal desarrollo es la comunidad y no INRPAC.

2-2. Inversiones

2-2-1 Parte Japonesa, detalle de la información en anexo 4

- Experto larga estadía: 2 expertos
- Experto corta estadía: 22 expertos
- Becarios : 11 profesionales
- Eventos realizados: 17



Detalle	Año 2000	Año 2001	Año 2002
Donación de Equipos	47.189 mil yenes	22.162 mil yenes	En progreso (Presupuesto 23.966 mil yenes)
Equipo Asignado al Experto	2.480 mil yenes	4.125 mil yenes	350 mil yenes
Costo Local	3.710 mil yenes	4.824 mil yenes	2.520 mil yenes (Presupuesto Anual: 3.182 mil yenes)

2-2-2 Parte Chilena, detalle de la información en anexo 4

Detalle	Año 2000 Agosto - Diciembre	Año 2001	Año 2002 Enero - Septiembre
Personal	\$ 3.511.330	\$ 11.042.880	\$ 10.651.252
Consumos básicos	\$ 1.147.085	\$ 2.730.000	\$ 2.220.000
Inversiones	\$ 150.547	\$ 7.168.763	\$ 9.536.838
Transporte	\$ 130.000	\$ 1.181.496	\$ 1.730.566
Eventos	\$ 350.460	\$ 1.015.000	\$ 351.400
Impresiones y papelería	\$ 0	\$ 1.782.844	\$ 67.500
Otros gastos	\$ 454.278	\$ 2.418.518	\$ 2.873.412
Total	\$ 5.743.700	\$ 27.339.501	\$ 27.430.968

2-3 Conclusión de Evaluación por Cinco criterios

El Comité Conjunto de Evaluación observa que el Proyecto ha sido ejecutado eficientemente, aunque hubo leve demora en algunos trabajos del mismo. Las metas definidas esperan lograrse efectivamente dentro del período del Proyecto, mejorando el servicio del INRPAC. El proyecto tiene concordancia con el lineamiento global de política nacional de Chile y las necesidades del grupo blanco. Aún es difícil determinar todo el impacto del Proyecto, sin embargo, se puede apreciar posibilidad del impacto de actividades tales como de RBC y la base de datos clínicos. En cuanto a sustentabilidad, el Proyecto posee ciertos factores favorables internos, pero puede ser influenciado por factores externos de aspectos financieros y sociales, en términos positivos y negativos. Si el Proyecto es un aporte a la validación de un modelo de rehabilitación para Chile, contará con el apoyo continuo del Ministerio del Salud. La parte chilena y japonesa continuarán sus esfuerzos para la colaboración en la ejecución del Proyecto.

3. Recomendaciones y lecciones

Recomendaciones

3-1. Producto 1:

Ambas partes han hecho esfuerzos por aclarar el sistema sociocultural en cada país durante dos años. Basado en la comparación de ambos sistemas, se puede considerar que este proyecto ha entrado en la etapa de determinar en concreto que tipo de tecnología es apropiado para

transferir e introducirla. Concretamente dicho, hay que centrar los esfuerzos en la introducción de NDT(Terapia Bobath) e integración sensorial en la Kinesiología, Terapia ocupacional y Fonoaudiología. Y además debe existir una mejor coordinación en la planificación de agenda de expertos, becarios y solicitud de equipos por cada unidad, bajo la conciencia explícita de que la introducción sea un instrumento para desarrollar su sistema.

3-2. Producto 2:

Hay necesidad de elaborar un plan de actividades, considerando la eficiencia, el estado final de mejoramiento y satisfacción usuaria, con indicadores que expresen los cambios desde el punto de vista de los mismos, ya que la propuesta actual solo incluye actividades administrativas en el diseño de flujo del sistema de rehabilitación.

3-3. Producto 2:

Para mejorar el sistema de atención hospitalaria, hay necesidad de fortalecer la calidad de atención de enfermería. Deben fortalecer la cooperación técnica en el área de la enfermería para los niños discapacitados, por lo tanto, es sumamente deseable tratar cuanto antes, tener capacitación en Japón en una sola institución. Para profundizar su entendimiento sobre el sistema de atención hospitalaria.

3-4. Producto 3:

Hay necesidad de estudiar la integración de la municipalidad de Peñalolén como una de las instituciones ejecutoras para asegurar el desarrollo de modelo de RBC. Y también, hay necesidad de coordinación con atención primaria y con FONADIS. Es deseable que hagan cualquier esfuerzo por mayor coordinación para fortalecer la colaboración con estas organizaciones externas. Es necesario tomar como referencia otras experiencias nacionales y estudios internacionales al respecto (RBC OMS/OPS). Otros elementos a considerar son la realidad, situación social y economía locales.

3-5. Producto 4:

El desarrollo de los datos básicos es importante para desarrollar la rehabilitación en equipo. Sin embargo, para utilizarlos eficientemente, es deseable limitar solo a los ítems apropiados en los datos básicos bajo un consentimiento de las unidades involucradas.

3-6. Producto 5:

Para desarrollar investigación clínica es importante que el personal del INRPAC busque y seleccione los temas de investigación, también es necesario envío de experto japonés en el corto plazo.

3-7. Producto 6:

Es deseable que INRPAC profundice su entendimiento sobre la administración y la planificación de las actividades de docencia que INRPAC planifica por medio del envío de becarios al Japón.

3-8. Sobre sustentabilidad de INRPAC:

Hay necesidad de apoyo político en la ejecución de rehabilitación por el Ministerio de Salud y SSMO. Especialmente en la parte del presupuesto (o recursos humanos), es deseable que el SSMO lo aporte al INRPAC. Además, es muy importante construir un hospital nuevo para trasladar al INRPAC para que este proyecto siga desarrollándose efectivamente en el futuro y que el INRPAC pueda cumplir su deber como instituto nacional.

3-9. Sobre el sistema de implementación:

Es necesario establecer el sistema de monitoreo por el equipo de coordinación del proyecto, presentando el resultado cada 6 meses.

3-10. Sobre la forma de cooperación técnica:

Hablando en general de las actividades del proyecto, cooperación eficiente, efectiva y realista es deseable. Por ejemplo, la contraparte chilena debe precisar anteriormente el objetivo y el detalle (curriculum, lugar, período, etc.) de los becarios (C/P) Y posteriormente es deseable que ambas partes revisen si las capacitaciones fueron necesarias o suficientes para lograr la meta. En relación a los expertos es necesario que cada experto japonés presente informe de conclusiones y recomendaciones antes de su partida.

En cada inversión, es deseable aclarar el objetivo y seleccionar la mejor manera de lograr ese objetivo.

Lecciones

3-11.

Respecto a las actividades implementadas durante el período entre 2000 y 2002, hubo cierta diferencia en entendimiento entre la parte chilena y japonesa sobre los temas tales como planificación, y acuerdos. Sin embargo, una serie de trabajos y discusiones para la evaluación intermedia fueron tan suficientes que podrían mejorar la situación pasada. Las líneas de actividades cooperativas del período restante y el plan fueron elaboradas según los acuerdos de ambas partes.

3-12.

Debido al trabajo de la evaluación intermedia y el trabajo previo desarrollado por el equipo local (INRPAC), se ha confirmado la importancia de la rehabilitación bio-psico-social, aunque al inicio del proyecto había foco en lo físico y como consecuencia del análisis de evaluación se ha agregado RBC como una de las principales actividades. Por lo tanto, es claro que en los diseños posteriores debe considerarse un enfoque holístico, flexible y que responda a las necesidades del proyecto.



Anexo 1. Plan Maestro

Master Plan

Meta superior

La integración social de usuarios del INRPAC es mejorada

Propósito del proyecto

El servicio de rehabilitación del INRPAC es mejorado (desarrollando un modelo sistemático de rehabilitación basado en un enfoque bio sico social).

Productos

1. Los procedimientos clínicos en diagnóstico, evaluación y rehabilitación son mejorados.
2. El sistema de atención en rehabilitación ,es mejorado.
3. El sistema de rehabilitación con base comunitaria ,es desarrollado.
4. La base de datos clínicos, está desarrollada.
5. La investigación clínica, es facilitada.
6. La capacidad de ofrecer formación en rehabilitación es mejorada.
7. La comunicación con los usuarios es facilitada.

Actividades

1. Los procedimientos clínicos en diagnóstico, evaluación y rehabilitación son mejorados

1. Analizar los procedimientos en rehabilitación utilizados actualmente en el mundo con los usados en el INRPAC. (Intercambio de opinión, becario, sugerencia de experto.)
2. Establecer el plan de implementación de los procedimientos de evaluación, diagnóstico y rehabilitación
3. Implementar el plan de transferencia técnica por el envío de expertos, becarios y equipos .



2 El sistema de atención en rehabilitación ,es mejorado.

1. Analizar el flujo actual de los programas de hospitalización y atención ambulatoria.
2. Optimizar el flujo de los programas de hospitalización y atención ambulatoria.
3. Implementar el flujo optimizado de los programas de hospitalización y atención ambulatoria.
4. Adaptar la reunión de equipo al flujo optimizado del programa de hospitalización.
5. Elaborar manuales del programa de hospitalización y atención ambulatoria.
6. Establecer reunión de acuerdo entre equipo de rehabilitación y los cuidadores.

-

3.el sistema de rehabilitación con base comunitaria ,es desarrollado

1. Establecer, perfil de desarrollo comunitario de la población beneficiaria del INRPAC.
2. Implementar el sistema de asistencia en el hogar para comuna de Peñalolén.
3. Implementar un centro comunitario de rehabilitación en Peñalolén.(CCR)
4. Organizar un grupo de encuentro de familiares de PcD en Peñalolén.
5. Implementar programa de rehabilitación comunitaria en CCR Peñalolén.
6. Implementar curso de "Liderazgo participativo" para organizaciones de PcD, en el CCR.
7. Implementar curso "Desarrollo de estrategias de gestión comunitaria"
8. Implementar taller prevocacional en el CCR.
9. Implementar taller protegido en Peñalolén
10. Desarrollo manual RBC



4. La base de datos clínicos es desarrollada.

1. Elaborar la estructura de una base de datos con indicadores clínicos.
2. Crear Input de la Aplicación de Base de Datos Clínica (BDC V1.0)
3. Capacitar a los usuarios para el uso de la base de datos.
4. Modificar aplicación de base de datos clínica (BDCV1.0)
5. Desarrollar Proyección de Base de datos clínica (BDCV2.0)
6. Implementar módulo de proyección de resultados terapéuticos

5. La investigación clínica es facilitada.

1. Implementar centro de documentación.
2. Entrenar al equipo de profesionales del INRPAC en metodología de la investigación clínica.
3. Identificar y seleccionar los principales temas de Investigación en rehabilitación.

6. La capacidad de ofrecer formación en rehabilitación es mejorada.

1. Crear Equipo de Capacitación
2. Diseñar Programa de Formación Continúa para INRPAC
3. Diseñar Programa de Capacitación para Externos
4. Implementar Programa de Formación Continúa para INRPAC
5. Implementar Programa de Capacitación para Externos
6. Desarrollar metodología de evaluación de necesidades de capacitación



7. La comunicación con los usuarios, es facilitada.

1. Preparar folleto del INRPAC
2. Preparar y renovar periódicamente, página Web del INRPAC
3. Preparar documento de difusión del INRPAC
4. Establecer oficina de informaciones, en el INRPAC
5. Mantener en función el Libro de sugerencias, felicitaciones y reclamos.
6. Establecer sistema de solicitud de horas, primera consulta fisiátrica, vía página web
7. Establecer reunión trimestral de intercambio, del equipo de rehabilitación con los usuarios.



Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal</p> <ul style="list-style-type: none"> Conditions of disabled people in the Republic of Chile are improved. <p>Project Purpose</p> <ul style="list-style-type: none"> The management and the rehabilitation services at PACNRI are improved. 	<ul style="list-style-type: none"> The number of disabled people under treatment at the national level. <ol style="list-style-type: none"> The number of technical procedures introduced at PACNRI. Increment in revenue. 	<ul style="list-style-type: none"> Statistics of Ministry of Health <ol style="list-style-type: none"> PACNRI Production Report Project activity report Monthly billing form EMHS annual statistics 	<ul style="list-style-type: none"> The health and welfare policies of the Republic of Chile toward disabled people are maintained. East Metropolitan Health Service (EMHS) continues to stay committed. The importance of PACNRI is recognized in the field of physical rehabilitation.
<p>Outputs</p> <ol style="list-style-type: none"> The clinical information system is developed. Rehabilitation programs are improved. Clinical research is facilitated. Rehabilitation treatment techniques are improved. Skills of the staff engaging in rehabilitation services are improved in the Republic of Chile. 	<ol style="list-style-type: none"> The number of clinical registrants. The number of rehabilitation programs. The number of patients receiving improved rehabilitation programs. The number of staff taking research methodology training. The number of research projects. The number of scientific publications. The number of trained staff regarding new equipment. The number of trained staff regarding diagnosis and assessment. The number of trained staff regarding treatment. The number of training activities held at PACNRI. The number of staff of other institutions trained by PACNRI staff. 	<ol style="list-style-type: none"> Record on Activities and Procedures Project activity report Audiovisual record Staff assignment report Project activity report Publication record Machinery and equipment inventory Staff assignment report PACNRI course record Attendance record PACNRI training activities assessment report 	<ul style="list-style-type: none"> The health and welfare policies of the Republic of Chile toward disabled people are maintained. Commitment of local authorities and communal organizations is maintained. Trained staff continue working for PACNRI. The activities of PACNRI are recognized at the national level.
<p>Activities</p> <ol style="list-style-type: none"> Elaborate a registration system with clinical indicators. Acquire techniques for the good management of the registration system. Plan treatment systems of in-patients, out-patients and Community Based Rehabilitation (CBR). Implement treatment systems of in-patients, out-patients and CBR. Evaluate treatment systems of in-patients, out-patients and CBR. Establish a documentation center. Train PACNRI staff with research methods. Identify and select main research topics to develop rehabilitation programs. Train PACNRI staff for the use of new techniques. Introduce new techniques of diagnosis, evaluation and treatment. Generate more opportunities of training in the field of rehabilitation jointly with related organizations. Design and implement training programs. 	<p>Inputs</p> <ol style="list-style-type: none"> Japanese side Long-term experts Short-term experts C/P training Machinery and equipment <ol style="list-style-type: none"> Chilean side C/P assignment Running cost Facilities 		<p>Preconditions</p> <ul style="list-style-type: none"> EMHS agrees to support the project. Staff of PACNRI agree to support the project foundation.

Anexo 3. MATRIZ DE DISEÑO DE PROYECTO (PDM V 3.0, Septiembre 2001) PROYECTO DE REHABILITACION PARA PERSONAS

Fecha de modificación: Septiembre 2001
 Duración del Proyecto: Agosto 2000 -31 de julio del 2005 (5 años)
 Método de Preparación: Taller
 Área Objetivo: Todo el país
 Grupo Blanco: 120000 personas con discapacidad física moderada a severa de 0 a 25 años

Sumario Narrativo		Indicadores	
META SUPERIOR	La calidad de vida de las personas discapacitadas en Chile, es mejorada	M-1	Al 31/03/05 han aumentado en un 25% los pacientes integrados al sistema escolar.
		M-2	Al 31/03/05 han aumentado en un 25% la cantidad de pacientes atendidos en el INRPAC
		M-3	Al 31/03/05 el INRPAC alcanza un nivel de satisfacción usuaria del 100% según evaluación SSMD
PROPOSITO	El servicio de rehabilitación del INRPAC es mejorado. (El modelo sistémico de rehabilitación para las personas con discapacidad física basado en un enfoque bio-psico-social, es generado)	P-1	Al 31/03/05 ha aumentado en un 25% la cantidad de pacientes atendidos en el INRPAC.
		P-2	Al 31/03/05 hay un 25% de incremento en el número de procedimientos ofrecidos por el INRPAC.
		P-3	Al 31/03/05 hay un 50% de incremento en el número de prestaciones ofrecidas por el INRPAC
		P-4	Al 31/03/05 hay un 25% de incremento en la recaudación directa del INRPAC
PRODUCTOS	1. Las técnicas de tratamiento son mejoradas	1-1	1.1. Al 31/12/02, el x% de las nuevas técnicas terapéuticas a introducir, forman parte de la rutina de trabajo del INRPAC
		1-2	1.2. Al 31/12/02, el x% de las nuevas técnicas terapéuticas a rediseñar, forman parte de la rutina de trabajo del INRPAC
	2 El sistema de atención en rehabilitación ,es mejorado.	2-1	Al 31/12/02, el 40% de los pacientes del INRPAC, acceden a los nuevos servicios
		2-2	Al 30 /12/02, el índice ocupacional de camas en el INRPAC, alcanza un X%
	3. La base de datos clínicos, está desarrollada.	3-1	Al 30/06/02 la estructura de base de datos con indicadores clínicos, esta definida.
		3-2	Al 31/06/03 el 100% de los pacientes tienen actualizados sus datos en la base.
		3-3	Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes evaluados en reunión clínica.
		3-4	Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes que asisten a control.
		3-5	Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes que asisten a tratamiento ambulatorio.
	4. La investigación clínica, es facilitada.	4-1	Al 31/06/02 existen 5 suscripciones actualizadas en el Centro de Documentación del INRPAC
		4-2	Al 31/12/02 el promedio mensual de consultas bibliográficas alcanza a 35.
		4-3	Al 31/12/02, el % promedio de uso de horas asignadas mensualmente para consultas en internet, alcanza a 70%
		4-4	Al 30/06/03 el 100 % del equipo de profesionales, ha sido capacitado en metodología de la investigación clínica.
		4-5	Al 31/12/03 se han presentado al comité de investigación del SSMD, 9 anteproyectos de investigación clínica en rehabilitación.
	5. La capacidad de ofrecer formación profesional y técnica en rehabilitación, es mejorada.	5-1	Al 31/01/03 existen 3 convenios con instituciones nacionales para el entrenamiento de profesionales y técnicos en rehabilitación
		5-2	Al 31/03/05, 10 cursos de capacitación en rehabilitación, han sido diseñados
		5-3	Al 31/03/05, 2500 profesionales y técnicos, han sido capacitados por el INRPAC
	6.La comunicación con los usuarios es facilitada.	6-1	Al 31/03/05, 10 publicaciones relacionadas con el INRPAC, aparecen en la prensa escrita
		6-2	Al 31/03/05, 5 noticias relacionadas con el INRPAC, aparecen en TV o radio
		6-3	Al 31/03/05, existe un incremento de un 25% de pacientes derivados al INRPAC a primera consulta
6-4		Al 31/01/05, existe un 100% de aumento en las instituciones que derivan al INRPAC para primera consulta	
6-5		Al 31/01/05, existen 3000 visitas al sitio web del INRPAC	
ACTIVIDADES	<u>1. Las técnicas de tratamiento son mejoradas</u>	JAPON	
1-1	Analizar y comparar las técnicas utilizadas en rehabilitación actualmente en el mundo, con las usadas en el INRPAC.		HM
1-2	Rediseñar las técnicas de evaluación, diagnóstico y tratamiento de rehabilitación	Expertos(LP)	
1-3	Probar las técnicas rediseñadas de evaluación, diagnóstico y tratamiento de rehabilitación	Lider de Proyecto	60,0
1-4	Implementar las técnicas rediseñadas de evaluación, diagnóstico y tratamiento de rehabilitación.	Coordinador	
		Administrativo	60,0

Organizaciones Chilenas: Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC)
 Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO)
 Ministerio de Salud (MINSAL)

Organizaciones Japonesas: Centro Nacional de Rehabilitación para los Discapacitados
 Centro Nacional de Rehabilitación para los niños con discapacidad
 Centro Nacional de Rehabilitación de Tokio Kita

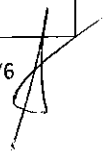
Medios de Verificación	Suposiciones Importantes
Número de registro, Ficha clínica activa Encuesta de satisfacción usuaria	El Gobierno mantiene el énfasis de la política social, en la población vulnerable.
Lista de servicios ofrecidos Lista de prestaciones ofrecidas Informe Recaudación directa INRPAC	El Ministerio de Salud mantiene el fortalecimiento de acción para rehabilitación
Hoja de Registro	Las políticas gubernamentales relacionadas con las personas con discapacidad, continúan siendo prioritarias
Lista de asistencia a servicios Resumen Estadístico INRPAC	
Software Base de Datos Informe Experto en Base de Datos	
Informe mensual de actividad del Centro de documentación Lista de asistencia capacitación en metodología de la investigación clínica. Certificados Curso Registro Audiovisual de Talleres Texto de anteproyectos de investigación clínica en rehabilitación.	
Texto de convenios Programa Cursos Certificados de Cursos	
Copia de publicaciones Registro Audiovisual Hoja de Primera Consulta Contador Web	
CHILE <div style="text-align: right;">HM</div> Director del Proyecto 60 Gerente del Proyecto 60 Coordinador del Proyecto 60	

Medios de Verificación		Suposiciones Importantes
Fisiatría	90	
Kinesiología	180	
Terapia Ocupacional	120	
Fonoaudiología	120	
Servicio Social	90	
Psicología	60	
Enfermería	120	
Nutrición	60	
Taller Ortopédico	120	
Ortopedia	120	
Administración Hospitalaria	120	
Secretaria	15	
Chofer	90	
Total	32 personas involucradas	
Planta Física		
Edificio	3338 m2	
Terreno	10119 m2	
Costos de Operación para el Proyecto	\$396.000(USD 693)	
Costos de pago personal por Proyecto	120.384.000 (USD210.53)	
Costos relacionados con equipo donado	\$6.454.478(USD11.288)	
Equipo de Coordinación		CONDICIONES PREVIAS
Comité de Implementación		Los miembros de INRPAC están de acuerdo con apoyar el desarrollo del Proyecto.
Comité de Coordinación Conjunta		Las autoridades del SSMO están de acuerdo con el desarrollo del Proyecto.

MATRIZ DE DISEÑO DE PROYECTO (PDME) PROYECTO DE REHABILITACION PARA PERSONAS DISCAPACITADAS

Fecha de modificación: 28 de octubre del 2002
 Duración del Proyecto: Agosto 2000 -31 de julio del 2005 (5 años)
 Método de Preparación: Taller
 Área Objetivo: Todo el país
 Grupo Blanco: Usuarios INRPAC

Sumario Narrativo		Indicadores	
META SUPERIOR	La integración social de usuarios del INRPAC es mejorada.	M-1	Al 31/07/10 han disminuido en un 25% los pacientes inasistentes al sistema escolar.
		M-2	Al 31/07/10 han disminuido en un 25%, los pacientes mayores de 18 años que no estaban trabajando.
PROPOSITO	El servicio de rehabilitación del INRPAC es mejorado. (desarrollando un modelo sistemático de rehabilitación basado en un enfoque bio sico social)	P-1	Al 31/07/05 ha aumentado en un 10 % la cantidad de pacientes atendidos en el INRPAC.
		P-2	Al 31/07/05 hay un 15% de incremento en el número de procedimientos ofrecidos por el INRPAC.
		P-3	Al 31/07/05 se incrementa en un 10 % el total de ingreso propio, recibido por el INRPAC
		P-4	Al 31/07/05 se realizan 4 actividades de integración social organizadas por el INRPAC al año.
PRODUCTOS	1. Los procedimientos clínicos en diagnóstico, evaluación y rehabilitación son mejorados	1-1	1.1. Al 31/12/03, se incrementan en un 15 % los procedimientos nuevos de evaluación y diagnóstico del INRPAC.
		1-2	1.2. Al 31/12/03, se incrementan en un 15 % los procedimientos nuevos de rehabilitación del INRPAC.
		1-3	1.3. Al 31/12/03, se incrementan en un 50 % los procedimientos de evaluación y diagnóstico del INRPAC.
		1-4	1.4. Al 31/12/03, se incrementan en un 50 % los procedimientos de rehabilitación rediseñados del INRPAC.
		1-5	1.5. AL 31/12/04 , el manual de procedimiento está establecido.
	2 El sistema de atención en rehabilitación ,es mejorado.	2-1	Al 31/12/02, el 100 % del flujo optimizado de atención está escrito y es conocido por el equipo de rehabilitación
		2-2	Al 30 /06/03, todos los integrantes del equipo de rehabilitación están representados en la reunión de equipo.
		2-3	Al 31 /12/03, los cuidadores de los pacientes hospitalizados, participan en la reunión de acuerdo para plan de rehabilitación.
		2-4	Al 30 /06/04, el manual del programa de hospitalización está corregido e implementado.
		2-5	Al 31/12/04, el manual del programa de atención ambulatorio está corregido e implementado
	3.El sistema de rehabilitación con base comunitaria ,es desarrollado	3-1	Al 31/12/02, el programa del sistema de atención en el hogar está establecido.
		3-2	Al 31 /12/02, el programa de implementación del Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR), está establecido.
		3-3	Al 31 /12/03, se han realizado 100 visitas en el sistema de atención en el hogar.
		3-4	Al 31/12/03, se han capacitado 30 personas en procedimientos básicos de rehabilitación en el CCR (Servicio Básico Rehabilitación)
		3-5	Al 31/12/03, se han realizado en promedio, una reunión mensual del grupo de encuentro (autoayuda)
		3-6	Al 31/12/03, se ha capacitado 30 personas en "Liderazgo participativo", en el CCR
		3-7	Al 31 /12/03, se ha capacitado 30 personas en " Estrategias de gestión en comunidad", en el CCR
		3-8	Al 31/12/03, han participado 20 personas en el taller prevocacional, en el CCR
		3-9	Al 31 /12/04, los miembros de la casa funcional asisten, un mínimo 3 veces por semana
		3-10	Al 31/07/05, el modelo de RBC probado por el INRPAC, es presentado al SSMO
	4. La base de datos clínicos, está desarrollada.	4-1	Al 30/06/02 la estructura de la aplicación de base de datos con indicadores clínicos, esta definida.
		4-2	Al 31/06/03 el 100% de los pacientes tienen actualizados sus datos en la base.
		4-3	Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes evaluados en reunión de equipo
		4-4	Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes que asisten a control.
		4-5	Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes que asisten a tratamiento ambulatorio.
	5. La investigación clínica, es facilitada.	5-1	Al 31/12/02 el promedio mensual de consultas bibliográficas alcanza a 35.
		5-2	Al 31/12/03 el 100 % del equipo de profesionales, ha sido capacitado en metodología de la investigación clínica.
		5-3	Al 31/12/03 se han presentado al comité de investigación del SSMO, 9 anteproyectos de investigación clínica en rehabilitación.



Anexo 4.

Sumario Narrativo		Indicadores				
	6. La capacidad de ofrecer formación en rehabilitación es mejorada.	6-1	Al 31/12/02 existe el equipo de coordinación docente de capacitación del INRPAC			
		6-2	Al 31/03/04 existe Programa de capacitación continua al personal de INRPAC			
		6-3	Al 31/03/04 existe Programa de capacitación a externos			
		6-4	Al 30/06/04 el diagnóstico de necesidad de capacitación se hace regularmente (una vez al año)			
	7. La comunicación con los usuarios es facilitada.	7-1	Al 31 /12/04, el promedio de visitas a la página web del INRPAC, de los últimos 12 meses, alcanza a 550.			
		7-2	Al 31/12/02, la oficina de informaciones del INRPAC, está implementada.			
		7-3	Al 31 /12/02, el 100% de las consultas o reclamos expresados vía libro, son respondidas en un plazo promedio inferior a 7 días.			
		7-4	Al 31 /12/03, está implementado el sistema de solicitud de horas para 1ª consulta fisiátrica en la página web del INRPAC.			
		7-5	Al 31 /12/04, se realiza trimestralmente la reunión de intercambio entre el equipo de rehabilitación y los usuarios.			
ACTIVIDADES	<u>1. Los procedimientos clínicos en diagnóstico, evaluación y rehabilitación son mejorados.</u>	JAPON				
1-1	Analizar los procedimientos en rehabilitación utilizados actualmente en el mundo con los usados en el INRPAC. (Intercambio de opinión, becario, sugerencia de experto.)	Expertos(LP)				HM
1-2	Establecer el plan de implementación de los procedimientos de evaluación, diagnóstico y rehabilitación	Líder de Proyecto	Motoyuki MATSUGUCHI	14/10/00	13/7/03	33.4
1-3	Implementar el plan de transferencia técnica por el envío de expertos, becarios y equipos.	Coordinador Adminis	Yoko OGAWA	30/7/00	29/7/03	36.5
		Expertos(CP)				
	<u>2 El sistema de atención en rehabilitación ,es mejorado.</u>	EIstratra	Kazuo KODAMA	8/8/00	21/8/00	0.4
2-1	Analizar el flujo actual de los programas de hospitalización y atención ambulatoria.		Kazuo KODAMA	6/7/01	20/7/01	0.5
2-2	Optimizar el flujo de los programas de hospitalización y atención ambulatoria.		Kazuo KODAMA	24/10/02	9/11/02	0.5
2-3	Implementar el flujo optimizado de los programas de hospitalización y atención ambulatoria.	Ortopedista	Mamori KIMIZUKA	13/8/00	25/8/00	0.4
2-4	Adaptar la reunión de equipo al flujo optimizado del programa de hospitalización.		Mamori KIMIZUKA	25/11/01	7/12/01	0.4
2-5	Elaborar manuales del programa de hospitalización y atención ambulatoria.	Kinesiólogo	Yasuo HARA	6/7/01	27/7/01	0.7
2-6	Establecer reunión de acuerdo entre equipo de rehabilitación y los cuidadores.		Yasuo HARA	25/5/02	8/6/02	0.5
		Enfermera Profesional	Hideko HANO	6/3/02	8/5/02	2.1
		Terapeuta Ocupacional	Kazunori NOGUCHI	25/5/02	8/6/02	0.5
3-1	Establecer, perfil de desarrollo comunitario de la población beneficiaria del INRPAC.	Investigación comunitaria	Hideo TAKEI	24/9/00	2/11/00	1.3
3-2	Implementar el sistema de asistencia en el hogar para comuna de Peñalolén.		Hideo TAKEI	11/12/00	9/1/01	1.0
3-3	Implementar un centro comunitario de rehabilitación en Peñalolén.(CCR)		Hideo TAKEI	17/7/01	9/10/01	2.8
3-4	Organizar un grupo de encuentro de familiares de PcD en Peñalolén.		Hideo TAKEI	4/1/98	9/4/98	3.2
3-5	Implementar programa de rehabilitación comunitaria en CCR Peñalolén.		Junko NAITO	24/9/00	2/11/00	1.3
3-6	Implementar curso de "Liderazgo participativo" para organizaciones de PcD, en el CCR.		Junko NAITO	11/12/00	16/4/01	4.2
3-7	Implementar curso "Desarrollo de estrategias de gestión comunitaria"		Junko NAITO	19/6/01	9/10/01	3.7
3-8	Implementar taller prevocacional en el CCR.		Junko NAITO	20/11/01	9/4/02	4.7
3-9	Implementar taller protegido en Peñalolén	CBR	Gen Oi	22/3/02	5/4/02	0.5
3-10	Desarrollo manual RBC					
		Dase de Batos clínica	Koichi TOKUDA	9/1/02	29/3/02	2.6
	<u>4. La base de datos clínicos es desarrollada.</u>	Instructor de seminario	Hideo YANO	25/11/01	6/12/01	0.4
4-1	Elaborar la estructura de una base de datos con indicadores clínicos.		Tadashi KITAHARA	25/11/01	6/12/01	0.4
4-2	Crear Input de la Aplicación de Base de Datos Clínica (BDC V1.0)					
4-3	Capacitar a los usuarios para el uso de la base de datos.	Equipos Asignados por el Envío de Experto				
4-4	Modificar aplicación de base de datos clínica (BDCV1.0)	2000	Y 4,792,041			
4-5	Desarrollar Proyección de Base de datos clínica (BDCV2.0)	2001	Y 1,453,623			
4-6	Implementar módulo de proyección de resultados terapéuticos	2002	Y 3,492,510			
		Donación de Equipo: 300,000 dólares aproximados por año				
5-1	Implementar centro de documentación.	2000	47,189 mil yenes			
5-2	Entrenar al equipo de profesionales del INRPAC en metodología de la investigación clínica.	2001	22,162 mil yenes			
5-3	Identificar y seleccionar los principales temas de investigación en rehabilitación.	2002	23,966 mil yenes			
		Total	93,317 mil yenes			

Anexo 4.

Sumario Narrativo	Indicadores												
<i>La capacidad de ofrecer formación en rehabilitación es mejorada.</i>													
6-1 Crear Equipo de Capacitación	Envío de Contrapartes al Japón (Becado)												
6-2 Diseñar Programa de Formación Continúa para INRPAC	<table border="1"> <tr> <td>Kinesiólogo</td> <td>Patricia MIRANDA</td> <td>12/1/01</td> <td>15/5/01</td> <td>4,1</td> </tr> </table>	Kinesiólogo	Patricia MIRANDA	12/1/01	15/5/01	4,1							
Kinesiólogo	Patricia MIRANDA	12/1/01	15/5/01	4,1									
6-3 Diseñar Programa de Capacitación para Externos	<table border="1"> <tr> <td>Fisiatra</td> <td>Patricia MARTINEZ</td> <td>15/3/01</td> <td>15/6/01</td> <td>3,1</td> </tr> </table>	Fisiatra	Patricia MARTINEZ	15/3/01	15/6/01	3,1							
Fisiatra	Patricia MARTINEZ	15/3/01	15/6/01	3,1									
6-4 Implementar Programa de Formación Continúa para INRPAC	<table border="1"> <tr> <td>Fonoaudiólogo</td> <td>Rodrigo MORALES</td> <td>8/5/01</td> <td>2/8/01</td> <td>2,9</td> </tr> </table>	Fonoaudiólogo	Rodrigo MORALES	8/5/01	2/8/01	2,9							
Fonoaudiólogo	Rodrigo MORALES	8/5/01	2/8/01	2,9									
6-5 Implementar Programa de Capacitación para Externos	<table border="1"> <tr> <td>Enfermera Profesional</td> <td>Marisol ROJAS</td> <td>30/7/01</td> <td>29/10/01</td> <td>3,0</td> </tr> </table>	Enfermera Profesional	Marisol ROJAS	30/7/01	29/10/01	3,0							
Enfermera Profesional	Marisol ROJAS	30/7/01	29/10/01	3,0									
6-6 Desarrollar metodología de evaluación de necesidades de capacitación	<table border="1"> <tr> <td>Ortopedista</td> <td>Eduardo TAMBLAY</td> <td>1/10/01</td> <td>14/11/01</td> <td>1,5</td> </tr> </table>	Ortopedista	Eduardo TAMBLAY	1/10/01	14/11/01	1,5							
Ortopedista	Eduardo TAMBLAY	1/10/01	14/11/01	1,5									
<i>La comunicación con los usuarios es facilitada.</i>	<table border="1"> <tr> <td>Terapeuta Ocupacional</td> <td>Silvana NAVARRETE</td> <td>14/1/02</td> <td>30/3/02</td> <td>2,5</td> </tr> </table>	Terapeuta Ocupacional	Silvana NAVARRETE	14/1/02	30/3/02	2,5							
Terapeuta Ocupacional	Silvana NAVARRETE	14/1/02	30/3/02	2,5									
7-1 Preparar folleto del INRPAC	<table border="1"> <tr> <td>Administrador Hospitalario</td> <td>Patricio NUÑEZ</td> <td>24/2/02</td> <td>16/3/02</td> <td>0,7</td> </tr> </table>	Administrador Hospitalario	Patricio NUÑEZ	24/2/02	16/3/02	0,7							
Administrador Hospitalario	Patricio NUÑEZ	24/2/02	16/3/02	0,7									
7-2 Preparar y renovar periódicamente, página Web del INRPAC	<table border="1"> <tr> <td>Administrador en Salud</td> <td>Pedro GARCIA</td> <td>24/2/02</td> <td>16/3/02</td> <td>0,7</td> </tr> </table>	Administrador en Salud	Pedro GARCIA	24/2/02	16/3/02	0,7							
Administrador en Salud	Pedro GARCIA	24/2/02	16/3/02	0,7									
7-3 Preparar documento de difusión del INRPAC	<table border="1"> <tr> <td>Sistema de rehabilitación</td> <td>Hernán SOTO</td> <td>14/3/02</td> <td>14/6/02</td> <td>3,1</td> </tr> </table>	Sistema de rehabilitación	Hernán SOTO	14/3/02	14/6/02	3,1							
Sistema de rehabilitación	Hernán SOTO	14/3/02	14/6/02	3,1									
7-4 Establecer oficina de informaciones, en el INRPAC	<table border="1"> <tr> <td>Nutricionista</td> <td>Irma CUBILLOS</td> <td>26/8/02</td> <td>21/10/02</td> <td>1,9</td> </tr> </table>	Nutricionista	Irma CUBILLOS	26/8/02	21/10/02	1,9							
Nutricionista	Irma CUBILLOS	26/8/02	21/10/02	1,9									
7-5 Mantener en función el Libro de sugerencias, felicitaciones y reclamos.	<table border="1"> <tr> <td>Asistente Social</td> <td>Marcela GARCIA</td> <td>30/9/02</td> <td>11/11/02</td> <td>1,4</td> </tr> </table>	Asistente Social	Marcela GARCIA	30/9/02	11/11/02	1,4							
Asistente Social	Marcela GARCIA	30/9/02	11/11/02	1,4									
7-6 Establecer sistema de solicitud de horas, primera consulta fisiátrica, vía página web													
7-7 Establecer reunión trimestral de intercambio, del equipo de rehabilitación con los usuarios.													
	Presupuesto Local (Total)												
	<table border="1"> <tr> <td>2000</td> <td>3,710</td> <td>mil yenes</td> </tr> <tr> <td>2001</td> <td>4,824</td> <td>mil yenes</td> </tr> <tr> <td>2002</td> <td>2,520</td> <td>mil yenes</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>11,054</td> <td>mil yenes</td> </tr> </table>	2000	3,710	mil yenes	2001	4,824	mil yenes	2002	2,520	mil yenes	Total	11,054	mil yenes
2000	3,710	mil yenes											
2001	4,824	mil yenes											
2002	2,520	mil yenes											
Total	11,054	mil yenes											

Anexo 4.

Organizaciones Chilenas: Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC)
 Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO)
 Ministerio de Salud (MINSAL)

Organizaciones Japonesas: Centro Nacional de Rehabilitación para los Discapacitados
 Centro Nacional de Rehabilitación para los niños con discapacidad
 Centro Nacional de Rehabilitación de Tokio Kita
 JICA

Medios de Verificación	Suposiciones Importantes
Número de registro, Ficha clínica activa Muestreo de registro de ocupación	El Gobierno mantiene el énfasis de la política social, en la población vulnerable. El índice de cesantía de Chile, se mantiene estable. Se mantiene política de integración escolar del Gobierno de Chile Se mantiene política de inserción laboral del Gobierno de Chile
Número de registros en la BDC Resumen estadístico del INRPAC Informe financiero anual del INRPAC Informe de actividades	El Gobierno mantiene el énfasis de la política social, en la población vulnerable. El índice de cesantía de Chile, se mantiene estable. Se mantiene política de integración escolar del Gobierno de Chile El Ministerio de Salud mantiene la política de transferencia de fondos al INRPAC.
Matrices de recolección de información de Procedimientos Matrices de recolección de información de Procedimientos Matrices de recolección de información de Procedimientos Matrices de recolección de información de Procedimientos Manuales de procedimientos	Las políticas gubernamentales relacionadas con las personas con discapacidad, continúan siendo prioritarias
Texto de flujo de atención Lista de participación a la reunión de equipo Acta de reunión de acuerdo. Manual de programa de hospitalización Manual de programa de atención ambulatoria	N/E
Texto de programa de sistema de atención en el hogar Texto de programa de implementación del Centro Comunitario de Rehabilitación Bitácora anual de sistema de atención en el hogar. Lista de asistencia, Bitácora de capacitación en procedimientos básicos de rehabilitación. Lista de asistencia, Bitácora de reunión de grupo de encuentro Lista de asistencia, Bitácora de capacitación en "Liderazgo participativo." Lista de asistencia, Bitácora de capacitación en "Estrategias de gestión en comunidad" Lista de asistencia, Bitácora de capacitación del taller prevocacional Informe de actividades del taller protegido Texto Programa de RBC INRPAC, Informe del Estudio Piloto	Se mantiene la cooperación de la municipalidad. Los cuidadores desean participar activamente en el proceso de rehabilitación
Base de Datos Base de Datos Base de Datos Base de Datos Base de Datos	N/E
Informe mensual del Centro de documentación Lista de asistencia capacitación en metodología de la investigación clínica. Texto de anteproyectos de investigación clínica en rehabilitación.	N/E

ANEXO 4.

Medios de Verificación	Suposiciones Importantes
Resolución de creación del equipo de coordinación de capacitación Texto de programa de capacitación continua al personal del INRPAC Texto de programa de capacitación a externos Informe de evaluación de necesidades de capacitación	N/E
Informe mensual de las visitas página web Informe mensual de la Oficina de información Copia de las respuestas de las consultas o reclamos, Libro de Felicitaciones, Sugerencias o Reclamos Lista de solicitud de horas para 1° consulta fisiátrica en la página web Agenda y acta de la reunión de intercambio entre el equipo de rehabilitación y los usuarios.	N/E
<p>CHILE</p> <p>Director del Proyecto Pedro GARCIA</p> <p>Gerente del Proyecto Patricio NUÑEZ</p> <p>Seguimiento del Proyecto José Miguel HUERTA</p> <p>Coordinador del Proyecto Hernán SOTO</p> <p>Fisiatría</p> <p> Patricia MENDEZ</p> <p> Patricia MARTINEZ</p> <p> Carolina HERNANDEZ</p> <p> Carolina GARCIA</p> <p>Kinesiología</p> <p> Patricia MIRANDA</p> <p> Marta VILLALON</p> <p> Isabel SOZA</p> <p> Natasha OBERREUTER</p> <p> Rodrigo HIDALGO</p> <p> Alan MARTINEZ</p> <p> Carmen GARCIA</p> <p>Terapia Ocupacional</p> <p> Jorge LOPEZ</p> <p> Francisco OLMOS</p> <p> Silvana NAVARETTE</p> <p>Fonoaudiología</p> <p> Hernán SOTO</p> <p> Rodrigo MORALES</p> <p> Angélica GUTIERREZ</p> <p> María José BRAVO</p> <p>Neuroortopedia</p> <p> Patricio NUÑEZ</p> <p> Fernando SALVADOR</p> <p> Víctor SAN MARTIN</p> <p> Alberto VARGAS</p> <p>Psicología Jessica MENAY</p> <p>Servicio Social María Soledad ASTORGA</p> <p> Marcela GARCIA</p> <p>Enfermería</p> <p> Rebeca MARTINEZ</p> <p> Pabla PEÑA</p> <p> Marisol ROJAS</p> <p> Equipo de Tec.Paramedico</p> <p>Nutrición Irma CUBILLOS</p> <p>Taller Ortopédico Luis JARA</p>	

Anexo 4.

Medios de Verificación		Suposiciones Importantes
Odontología	Rosemary JESSEN	
Sistema rehab.	Hernán SOTO	
SOME	Patricia GALVEZ	
Hospitalización	Rebeca MARTINEZ	
Administración Hospitalaria	Patricio NUÑEZ	
	Patricia MENDEZ	
	Javier BELMAR	
	Ivan GALLO	
	Macarena AMADOR	
Administración en Salud	Pedro GARCIA	
Equipo de RBC		
Equipo de Base de Datos		
Secretaria	Juana MARCHANT	
Chofer	Mario SOTO	
	Alberto SEPULVEDA	
Presupuesto		
2000 (Ago-Dic)	\$ 5,743,700	
2001(Enero-Dic)	\$ 27,339,501	
2002(Enero-Sep)	\$ 27,430,968	
Total	\$ 60,514,169	

Anexo 5. Comites

	Comité	Cargo	Nombre
1	Reunión de Equipo de Coordinación	Director de INRPAC	Patricio NUÑEZ
		Líder	Dr. Motoyuki Matsuguchi
		Coordinador Proyecto	Hernán SOTO
		Coordinadora Proyecto	Yoko Ogawa
		Miembros	Rodrigo MORALES
			Angélica GUTIERREZ
			Patricia MARTINEZ
			Patricia GALVEZ
			Carmen GARCIA
			Isabel SOZA
Javier BELMAR			
Falleció en Mayo 2002	Patricia MIRANDA		
2	Comité Implementacion	Presidente	Patricio NUÑEZ
		hasta abril de 2001	Patricia MENDEZ
		Presidente	Dr. Motoyuki Matsuguchi
		Miembros	
		Director de SSMO	Jaime LAVADO
		hasta oct de 2001	Pedro GARCIA
		OCAI/MINSAL	José Miguel HUERTA
		JICA CHILE	Tazuko Ichinoge
		hasta abril de 2002	Toshimi Kobayashi
		Coordinador Proyecto	Hernán SOTO
		Coordinadora Proyecto	Yoko Ogawa
		Jefa de SOME	Patricia GALVEZ
		Subdirector Adm.	Javier BELMAR
		Jefa de Equipo Rehab.	Patricia MENDEZ
		Jefa de Kine	Marta VILLALON
		Falleció en Mayo 2002	Patricia MIRANDA
		Jefe de Terapia O	Jorge LOPEZ
		Jefa de Servicio Social	María Soledad ASTORGA
		Jefa de Alimentación	Irma CUBILLO
		Psicóloga	Jessica MENAY
Jefa de Taller O	Angélica VERDUGO		
Jefa de Enfermería	Rebecca MARTINEZ		
Jefe de Neuroortopedia	Fernando SALVADOR		
3	Comité Coordinación Conjunta	Presidente	Luis Antonio Infante
		hasta oct de 2002	Gonzalo NAVARRETE
		hasta enero de 2002	Ernesto Behnke
		Presidente	Dr. Motoyuki Matsuguchi
		Miembros	
		Director de AGCI	Marcelo ROZAS LOPEZ
		Jefa de OCAI	Raquel CHILD

Proyecto de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad

Anexo 5. Comites

Comité	Cargo	Nombre
	Director de SSMO hasta oct de 2001	Jaime LAVADO
		Pedro GARCIA
	Director de INRPAC	Patricio NUÑEZ
	Coordinador Proyecto	Hernán SOTO
	Director de JICA CHILE hasta abril de 2002	Iwao Yamashita
		Masahiro Murakami
	Encargada JICA CHILE hasta abril de 2002	Tazuko Ichinoge
		Toshimi Kobayashi
	Coordinadora Proyecto	Yoko Ogawa
	Observadores	
	Embajada de Japón hasta marzo de 2001	Tomonobu Endo
		Masaki Sanei
	Coordinador P. AGCI	José Miguel HUERTA
Coordinador P. OCAI	Patricio PEREZ	




Grupo Blanco	Hubo cambio de "120,000 personas con discapacidad física moderada a severa de 0 años a 25 años" a "Usuarios de INRPAC" por la modificación de la Meta Superior
META SUPERIOR	<p>Hubo cambio de "La calidad de vida de las persona con discapacidad en el país es mejorada" a "La integración social de usuarios del INRPAC es mejorada"</p> <p>La expresión "la calidad de vida es ambigua" y además la mejoría de dicha calidad depende de múltiples factores no abordables en el marco del proyecto, por lo que se hizo nueva redacción a una forma mas concreta, centrando la atención en evitar el aislamiento de las PcD en la casa. Pensamos que la mejoría de la calidad de vida empieza por la integración social, elemento relevante para la política del Gobierno de Chile.</p>
Indicadores	<p>1. Se elimina la medición de la cantidad total de pacientes del INRPAC, puesto que no refleja la integración social de las PcD.</p> <p>2. En cambio la integración escolar y laboral sí son factores importantes para la integración social, pero tienen la dificultad de que se esperan cambios en el largo plazo. Por lo anterior se focalizó en la disminución de los pacientes no integrados a estos sistemas, haciendo mas sensible el indicador al cambio. Se agregó la disminución de número de personas no integrados al sistema escolar y los no integrados al sistema laboral.</p> <p>3. El cuestionario de satisfacción usuaria dependiente del SSMO, se eliminó puesto que no es una actividad regular en la planificación del SSMO.</p>
Suposiciones Importantes	<p>1. La tasa de integración laboral es influenciada por la cesantía global de la sociedad, por lo que se agregó el índice de cesantía del país.</p> <p>2. Debido al cambio de la meta superior, se agregó la continuidad de la política de integración escolar del Gobierno de Chile.</p>
Propósito	<p>1. Hubo cambio desde "El servicio de rehabilitación del INRPAC es mejorado", a "El sistema de rehabilitación del INRPAC es mejorado", desarrollando un modelo sistémico de rehabilitación basado en un enfoque bio-psico-social".</p> <p>Hasta entonces la atención del INRPAC era mayoritariamente de tipo médico (bío), a pesar de seguir el sistema de bienestar social para las PcD y que existía atención a los problemas de la vida diaria, pero no se desarrollaba rehabilitación sistémica, en un contexto bio-sico-social. El enfoque social es necesario para la integración, evitando la condición de postrado en la casa. El propósito anterior se expresaba, por el simple hecho de decir que se mejoraba el sistema de rehabilitación, pero se decidió explicitarlo, en la forma de "desarrollando un modelo sistémico de rehabilitación basado en un enfoque bio-psico-social".</p>
Indicadores	<p>1. Se modificó la tasa de aumento de un 25% a un 10%.</p> <p>2. Anteriormente se utilizaba el aumento del número de servicios de rehabilitación, pero esto se puede clasificar en solamente tres categorías: ambulatorios, hospitalizados y RBC. En el caso de establecer el servicio de RBC como rutina, solo se alcanza un incremento de un 50%, al subir de 2 a 3.</p> <p>3. Anteriormente se utilizaba, prestaciones como indicador del número de prestación de rehabilitación ofrecido por el INRPAC. Pero los procedimientos ofrecidos al pacientes superan por mucho las prestaciones, debido a que estas están ligadas solamente al pago recibido desde FONASA, la que no reconoce todos los procedimientos. En la realidad existen muchos procedimientos que son homologados para fines de pago. Por lo anterior no es suficientemente sensible a los cambios en la forma original. Para observar el aumento de número real de atenciones se utiliza la tasa de incremento de procedimientos, 25%.</p> <p>La dificultad de esto es que solamente da cuenta de los procedimientos nuevos, no mostrando el cambio en los rediseñados, que en el caso del INRPAC, ocupan la mayor parte del mejoramiento de los procedimientos. En realidad los procedimientos rediseñados, muestran muchos cambios desde el punto de vista de la eficiencia, efectividad y confiabilidad, con directa relación con los tres agentes: Expertos, becarios y donación. Por lo anterior es necesario buscar indicadores de índole cualitativo para reflejar cabalmente este cambio.</p> <p>4. En relación a la recaudación directa del INRPAC existe una restricción de incremento en el corto plazo. Del total de pacientes un 70% corresponde a FONASA, de los cuales el 92% se clasifica como A o B, de muy bajo ingreso, por lo que no cancela copago, lo que significa que aunque aumente el número de pacientes, el impacto monetario de esto será muy bajo. Esta situación llevó a cambiar el indicador, considerando esta vez el monto del aporte total al INRPAC, que incluye todas las posibles fuentes de financiamiento.</p> <p>5. Un nuevo indicador agregado, el incremento de un 25% de actividades de integración social organizadas por el INRPAC, lo que permite monitorear el aumento de la asistencia sico-social que proporciona el instituto.</p>
Suposiciones Importantes	Se cambió mantención del fortalecimiento de las actividades de rehabilitación por parte del MINSAL" a "Se mantiene la política de transferencia de fondos al INRPAC", por ser mas concreto, ya que la política hacia las personas con discapacidad no necesariamente contiene la mantención de la fórmula presupuestaria al INRPAC.
Resultado1	Se cambió desde "mejoramiento de técnicas de rehabilitación " a el "mejoramiento de los procedimientos clínicos en diagnóstico, evaluación y rehabilitación son mejorados". El contenido fundamental no cambia., pero se decidió expresar mas concretamente el significado de "mejoramiento de la técnica"

Anexo 6 Tabla de Justificación de PDM

Indicadores	1. Anteriormente solo se consideraba el número de las técnicas nuevas y rediseñadas, pero ahora se clasificó con mayor detalle, agregando dos elementos mas, diagnóstico.-evaluación y rehabilitación. La tasa de aumento de los procedimientos nuevos es de 15 % (dos indicadores, diagnóstico - evaluación y rehabilitación) de los procedimientos rediseñados es de 50% (2 indicadores).
	2. Según el plan general del proyecto el esfuerzo principal de los dos primeros años está centrado en los productos 1 y 2, generando la plataforma que permite abordar con mayor energía los productos 3, 4, 5, 6, 7. Para comenzar a trabajar estos productos finales se requiere de los logros establecidos en la fase inicial. Ahora, con tres años de trabajo en el proyecto, se ve que las diferencias de filosofía y el retraso en el reclutamiento y envío de expertos a algunas unidades, retrasa la transferencia en estos campos, requiriéndose de la prolongación del trabajo central en este aspecto hasta el año 2003.
Resultado 2	El mejoramiento del sistema de rehabilitación se mantiene pero ha variado el contenido, ya que se ha separado RBC, restringiéndolo a hospitalización y ambulatorios, independizando rehabilitación con base comunitaria. Como razones para esto , se observa falta de congruencia entre el mejoramiento de los sistemas y la generación de un modelo de RBC.
Indicadores	1. Anteriormente se usaba la tasa de pacientes atendidos en los nuevos servicios de rehabilitación en el INRPAC y la ocupación de las camas, ahora el nuevo servicio solo se refiere a RBC y las camas solo dan cuenta de los pacientes hospitalizados, por lo que se buscó un indicador mejor para la calidad, llegando a :Optimización de flujo del servicio y su oficialización a todos los miembros del equipo, el segundo es la mejorías en la reunión clínica directamente ligado a la mejorías en la calidad del servicio de rehabilitación, el tercero, inclusión de los cuidadores en la planificación del programa de rehabilitación. El cuarto es la redacción de los manuales de procedimientos de hospitalización y tratamiento ambulatorio, lo que afecta la coordinación del equipo.
Resultado 3	El desarrollo de la RBC proviene del anterior resultado N° 2. Es indispensable para el cumplimiento del propósito del proyecto, contribuyendo directamente a la asistencia social.
Indicadores	1. (Existencia del programa de asistencia al hogar): sirve para verificar el diseño teórico del sistema de atención al hogar. 2.(La existencia del programa del Centro de Rehabilitación Comunitaria): Debido a las limitaciones financieras es que se propone una alianza con la municipalidad, por lo que se plantea establecer el primer CCR usándolo como piloto. El indicador apunta a la verificación del diseño teórico. 3. (Número de visitas realizadas en asistencia en e hogar): Es un elemento esencia en RBC y el número mínimo de visitas necesarias para obtener información confiable fue fijado en 100, incluyendo las especialidades de KNT, FA, TO, Enfermería, S.Social, Psicología, con frecuencia de 1 a 2 veces al mes. 4. (El número de participantes de técnicas básicas de rehabilitación en el CCR): Es la primera actividad de intervención por parte del INRPAC en al CCR, dirigida a los cuidadores en este contexto. Enseña a los cuidadores las técnicas básicas mínimas para reforzar el efecto de la rehabilitación, dándole continuidad en el hogar y aumentando la frecuencia. Se planea tener entre 6 y 8 participantes por grupo, en cuatro grupos diferentes, los cuales trimestralmente tendrán la oportunidad de participar al menos 1 vez al año. 5.(El número de reuniones del grupo de encuentro): Este grupo tiene la función de ser la primera etapa del grupo de cuidadores con los que se desarrollará el soporte social y el posterior desarrollo, forman la base de lo mencionado en el indicador para el producto 3. 6.(El número de los participantes en el curso del liderazgo participativo para el desarrollo social): Es para fortalecer o fomentar la iniciativa de la comunidad que será motor de RBC. Está planeado para implementarse en abril del 2003. 7.(El número de participantes en el curso estrategia de gestión en comunidad en CCR): Es un curso que enseña elementos técnicos sobre planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de los proyectos sociales, que deben ser realizados por la comunidad organizada a futuro. Es importante que ya posean la capacitación que refuerza la iniciativa comunitaria mencionada en el indicador 6. 8.(Número de participantes del taller pre-vocacional en CCR): Es un curso que se realizará para reforzar etapa anterior al entrenamiento vocacional para mejorar la posibilidad de integración laboral de las PcD, diagnosticando y explotando la habilidad, interés de cada PcD, mediante la aplicación de pruebas y guiar mejor el entrenamiento laboral posterior. 9:(Frecuencia de asistencia al taller protegido): Está planificado para el 2004, pues es una de las actividades mas complejas de RBC, por que se requiere una alianza muy concreta con la municipalidad. Además requiere, que exista una plataforma de capacitación en la comunidad. Se ubica en un punto intermedio entre la comunidad y el Instituto, focalizando su esfuerzo en enseñar habilidades de la vida diaria maximizando los resultados de la rehabilitación.
Suposiciones Importantes	El factor agregado es la respuesta positiva y participativa de los cuidadores en el proceso. Además se espera la continuación de alianza con las Municipalidades. Puesto que ambos factores son los actores fuera del proyecto, lo que no constituye obligación, a pesar de su rol fundamental en el éxito.
Resultado 4	No hay cambio de la expresión ni del contenido.
Indicadores	1.(La desición de la estructura de aplicación de BDC incluyendo los indicadores clínicos): No hay cambio. 2.(Actualización de los datos en la base): NO hay cambio, se utiliza como indice de utilización de la estructura y la capacidad práctica de esta. 3(La evaluación de los pacientes en la reunión de equipo utilizando la BDC): No hay cambio. Es para conocer el uso real de BDC en los pacientes hospitalizados

Anexo 6 Tabla de Justificación de PDM

	4. (Consulta de BDC de los pacientes que asisten a control) Indica la utilización de BDC de los pacientes de control.
	5. (Consulta de BDC sobre los pacientes ambulatorios): Se indica el esta de utilización de BDC en la población ambulatoria.
Resultado 5	No hay cambio en contenido ni expresión.
Indicadores	1. (El número de suscripciones a revistas en el CD de INRPAC): Era para expresar el contenido y variedad del CD, sin embargo hay límite en la variedad relacionada con el tema adquirible en Chile, por lo que se eliminó este elemento.
	2.(El número de consultas bibliográficas) en su expresión de promedio mensual, no cambia, sin embargo el INRPAC instaló acceso a internet por banda ancha, lo que posibilita hacer búsqueda de referencia desde cada punto de la red sin pasar por el CD, esto llevó a disminuir el valor de la meta a 25 consultas mensuales.
	3.(Indicador anterior porcentaje de la tasa de utilización promedio mensual) dentro las horas asignadas de conexión a internet, es eliminado por la misma razón del n° 2.
	4.(Porcentaje de los profesionales capacitados en metodología de la investigación clínica): No hay cambio.
	5.(El número de anteproyectos de investigación clínica en rehabilitación) : No hay cambio.
	6.(Número de publicaciones y presentaciones en congresos o seminarios): Se eliminó por dificultad de aumento práctico y efectivo.
Resultado 6	No hay cambio.
Indicadores	1 Se agregó como nuevo indicador la existencia del equipo de coordinación docente del INRPAC, que será la base para establecer el resto de los indicadores.
	2. El indicador anterior decía: El número de convenios con las instituciones para la capacitación a externos. Se elimina porque la sensibilidad como indicador es muy baja para el monitoreo de logro de resultados.
	3. El indicador anterior era: El número de cursos de capacitación sobre rehabilitación y el número de participantes en ella, a cargo del INRPAC. Estos dos indicadores se focalizaban en la capacitación de las personas exteriores y quería observar el avance de la capacidad de formación de R.R.H.H. por el aumento del número de cursos y participantes, sin embargo desde el punto de vista del tiempo, es muy difícil incrementar el número, no reflejando claramente la mejoría de la capacidad de formación.
	Sustituyendo el indicador antiguo como indicador que refleja la característica de la capacidad de ofrecer formación (Existencia de programa de capacitación continua al personal del INRPAC) y (existencia de programa de formación a externos) y (existencia de diagnóstico regular de necesidades de capacitación).
Resultado 6 anterior	La administración hospitalaria se eliminó como resultado, ya que la administración hospitalaria es un complemento del mejoramiento del resultado 2, además en este campo existe gran diferencia entre ambos países.
Resultado 7	No hay cambio en contenido o expresión.
Indicadores	1(El número de visitas a la página web del INRPAC, estaba programado en 3000 visitas a marzo 2005, sin embargo actualmente ya superó mas de 7000, por lo que se eliminó. Agregando en su lugar el promedio de visitas de los últimos 12 meses.
	2. (El número de artículos de prensa sobre INRPC en periódico, TV y radio), se eliminaron ya que en Chile es muy difícil acceder a estos medios y además la prensa chilena destaca preponderantemente las situaciones negativas por sobre los logros positivos.
	3. (La tasa de aumento de derivación de pacientes de primera consulta fisiátrica al INRPAC), se eliminó ya que prácticamente es imposible en la situación actual no hay aumento de pacientes nuevos de fisiatra en estos meses. Solo hay incremento de ortopedia los que no requieren generalmente de rehabilitación.
	4. Como indicadores nuevos la existencia de implementación de la oficina de información, la necesidad de responder a las consultas o reclamos expresados vía libro y la implementación de la reunión anual de intercambio entre el equipo de rehabilitación y los usuarios, expresan la oferta de información adecuada y puntual para pacientes. La atención y generar ocasión para la expresión de los problemas y su posible solución.
	5. Indicador nuevo (la implementación del sistema de solicitud de horas para primera consulta fisiátrica en la página web del INRPAC), si bien en general la mayoría de los pacientes del INRPAC no tiene acceso continuo a internet, el desarrollo de esta tecnología unido al número creciente de consultas de pacientes a la página, justifica la generación de esta opción para proyectar dicha herramienta a futuro.

Indicador Anterior	Base Line Ago 2000	Indicador Nuevo	Mid-term Evaluation Sep 2002
Meta Superior: La calidad de vida de las personas discapacitadas en Chile, es mejorada.		Meta Superior: La integración social de usuarios del INRPAC es mejorada.	
1. Al 31/03/05 han aumentado en un 25% los <u>pacientes integrados al sistema escolar.</u>	42.6	1. Al 31/03/05 han disminuido en un 25% los <u>pacientes inasistentes al sistema escolar.</u>	No
1-1. Número total de pacientes	4,395	1-1. Número total de pacientes	4,710
1-2. Número de pacientes integrados el sistema escolar.	1,357	1-2. Número de pacientes no integrados el sistema escolar.	pendiente
1-3. No hay información	1,695	1-3. No hay información	pendiente
1-4. Número de pacientes fuera de edad escolar	1,212	1-4. Número de pacientes de edad escolar (5-14 años)	pendiente
2. Al 31/03/05 ha aumentado un 25% la <u>cantidad de pacientes atendidos en el INRPAC.</u>	-	2. Al 31/03/05 han disminuido en un 25% los <u>pacientes mayores de 18 años que no están trabajando.</u>	No
2-1. Número de pacientes atendidos en el INRPAC	4,395	2-1. Número de pacientes atendidos en el INRPAC	4,710
3. Al 31/03/05 el INRPAC alcanza un nivel de <u>Satisfacción usuaria del 100%, según evaluación del SSMO.</u>	82.6	2-2. Número de pacientes no integrados al sistema laboral	pendiente
3-1. Número de usuarios que responden la encuesta	102	2-3. No hay información	pendiente
3-2. Número de respuestas	102	2-4. Número de pacientes en edad laboral (más de 14 años)	pendiente
3-3. % de Satisfacción de acceso a la atención del hospital	72.8		
3-4. % de Satisfacción de instalación en relación a infraestructura o instalaciones disponibles en el hospital	77.9		
3-5. % de Satisfacción en calidad de atención	87.2		
3-6. % de Satisfacción en promedio	80.1		
Propósito del Proyecto: El servicio de rehabilitación en el INRPAC, es mejorado.		Propósito del Proyecto: El servicio de rehabilitación del INRPAC es mejorado, desarrollando un modelo sistemático de rehabilitación, basado en un enfoque bio sico social.	
1. Al 31/03/05 ha aumentado un 25% la <u>cantidad de pacientes atendidos en el INRPAC.</u>	No	1. Al 31/03/05 ha aumentado un 10% la <u>cantidad de pacientes atendidos en el INRPAC.</u>	No
1-1. Número de pacientes atendidos en el INRPAC.	4,395	1.1 % de aumento	7%
2. Al 31/03/05 hay un 25% de <u>incremento en el número de servicios ofrecidos por el INRPAC.</u>	No	1.2. Número actual de pacientes atendidos en el INRPAC.	4,710
2.1 Número actual de servicios ofrecidos por el INRPAC.	0	1.3. Número anterior de pacientes atendidos en el INRPAC. (agosto 2000)	4,395
2.2 Número anterior de servicios ofrecidos por el INRPAC.	28	2. Al 31/03/05 hay un 15% de <u>incremento en el número de procedimientos ofrecidos por el INRPAC.</u>	No
3. Al 31/03/05 hay un 50% de <u>incremento en el número de prestaciones</u> ofrecidas por el INRPAC.	No	2.1 % de incremento	11%

Indicador Anterior	Base Line Ago 2000	Indicador Nuevo	Mid-term Evaluation Sep 2002
3.1 Número actual de prestaciones ofrecidas por el INRPAC.	0	2.2 Número actual de procedimientos ofrecidos por el INRPAC.	175
3.2 Número anterior de prestaciones ofrecidas por el INRPAC.	108	2.3 Número anterior de procedimientos ofrecidos por el INRPAC.(agosto 2000)	158
4. Al 31/03/05 hay un 25% de incremento en la recaudación directa del INRPAC.	No	3. Al 31/03/05 se incrementa 10 % de total de aporte recibido por el INRPAC	No
4-1. % de incremento en la recaudación directa del INRPAC.	-	3.1. % de incremento	5.28%
4-2. Recaudación directa Agosto 1999-Julio 2000	37,228,103	3.2. Remesa recibida 2002 (hasta Sep.)	\$ 408,250,000
		3.3. Ingresos Propios 2002 (hasta Sep.)	\$ 39,955,000
		3.4. Remesa recibida 2001	\$ 489,578,000
		3.5. Ingresos Propios 2001	\$ 59,648,000
		3.6. Remesa recibida 2000	\$ 464,358,000
		3.7. Ingresos Propios 2000	\$ 57,306,000
		4. Al 31/03/05 se realizan 4 actividades de integración social organizada por el INRPAC al año.	No
		4.1. Número actual de actividades de integración social, organizada por el INRPAC	0
		4.2. Número anterior de actividades de integración social organizada por el INRPAC	2
1. La técnicas de tratamiento en rehabilitación son mejoradas.		1. Los procedimientos clínicos en diagnóstico, evaluación y rehabilitación son mejorados	
1.1. Al 31/12/02, el x% de la nuevas técnicas terapéuticas a introducir, forman parte de la rutina de trabajo del INRPAC.	0	1.1. Al 31/12/03, se incrementan en un 15 % los procedimientos nuevos de evaluación y diagnóstico del INRPAC.	Si
1.1.1 Número total de técnicas terapéuticas, forman parte de la rutina	108	1.1.1.% de los procedimientos nuevos de evaluación y diagnóstico	16%
1.1.2 Número de las nuevas técnicas terapéuticas a introducir, que forman parte de la rutina de trabajo del INRPAC.	0	1.1.2. Número total de procedimientos de evaluación y/o diagnóstico del INRPAC.	62
1.1.3 Número de técnicas terapéuticas eliminadas de la rutina	0	1.1.3. Número actual de procedimientos nuevos de evaluación y diagnóstico del INRPAC.	10
1.2. Al 31/12/02, el x% de la nuevas técnicas terapéuticas a rediseñar, forman parte de la rutina de trabajo del INRPAC.	0	1.2. Al 31/12/03, se incrementan en un 15 % , los procedimientos nuevos de rehabilitación del INRPAC.	No
1.2.1 Número total de técnicas terapéuticas, forman parte de la rutina	108	1.2.1.% de procedimientos nuevos de rehabilitación	6%
1.2.2 Número de nuevas técnicas terapéuticas a rediseñar que forman parte de la rutina de trabajo del INRPAC.	0	1.2.2. Número total de procedimientos de rehabilitación en el INRPAC.	113
		1.2.3. Número total de procedimientos nuevos de rehabilitación en el INRPAC.	7
		1.3. Al 31/12/03, se incrementan en un 50 % los procedimientos de evaluación y diagnóstico rediseñados del INRPAC.	No
		1.3.1.% de procedimientos de evaluación y diagnóstico rediseñados	40%
		1.3.2. Número total de procedimientos de evaluación y/o diagnóstico del INRPAC.	62
		1.3.3. Número actual de los procedimientos de evaluación y diagnóstico rediseñados en el INRPAC.	25
		1.4. Al 31/12/03, se incrementan en un 50 % los procedimientos de rehabilitación rediseñados del INRPAC.	No
		1.4.1% de procedimientos de rehabilitación rediseñados	50%

Indicador Anterior	Base Line Ago 2000	Indicador Nuevo	Mid-term Evaluation Sep 2002
		1.4.2. Número total de procedimientos de rehabilitación del INRPAC.	113
		1.4.3. Número actual de los procedimientos de rehabilitación rediseñados del INRPAC.	56
		1.5. AL 31/12/04, el manual de procedimiento está establecido.	No
2 El sistema de atención en rehabilitación es mejorado.		2 El sistema de atención en rehabilitación, es mejorado.	
2.1. Al 31/12/02 el 40% de pacientes del INRPAC acceden a los nuevos servicios de rehabilitación.	0	2.1. Al 31 de diciembre de 2002, el 100 % de flujo optimizado de atención está escrito y es conocido por el equipo	No
2.1.1 Número total de pacientes por un año	4,395	2.1.1. Existencia del flujo optimizado	hay propuesta
2.1.2 Número de las pacientes del INRPAC acceden a los nuevos servicios de rehabilitación.	0	2.1.2. Existencia del conocimiento de flujo optimizado por el equipo.	No
2.2. Al 31/12/02 el índice ocupacional de camas en el INRPAC alcanza un x%.		2.2. Al 30 de junio del 2003, todos los integrantes del equipo de rehabilitación están representadas en la reunión de equipo.	No
2.2 % del índice ocupacional de camas	72	2.2.1. Asistencia de los miembros	Téc. paramédico Paramédico Odontólogo
		2.3. Al 31/12/03, los cuidadores de los pacientes hospitalizados, participan en la reunión de acuerdo para plan de rehabilitación.	No
		2.3.1 Existencia de la reunión de acuerdo al plan de rehabilitación	No
		2.4. Al 30 de junio de 2004, el manual de programa de hospitalizados esta corregido e implementado.	No
		2.4.1. Existencia de el manual de programa de hospitalizados corregido y implementado.	No
		2.5. Al 30/12/04, el manual del programa de atención ambulatorio está corregido e implementado	No
		2.5.1. Existencia de el manual de programa de atención ambulatorio implementado	No
		3. El sistema de rehabilitación con base comunitaria, es desarrollado	
		3.1. Al 31/12/02, el programa de sistema de atención en el hogar está establecido.	Si
		3.2. Al 31/12/02, el programa de implementación del Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) está establecido.	Si
		3.3. Al 31/12/03, se han realizado 100 visitas en el sistema de atención en el hogar.	No
		3.3.1. Número de visitas en el sistema de atención en el hogar.	14
		3.4. Al 31/12/03, se han capacitado 30 personas en procedimientos básicos de rehabilitación en el CCR (Servicio Básico Rehabilitación)	No
		3.4.1. Número de personas capacitadas en procedimientos básicos de rehabilitación en el CCR	0
		3.5. Al 31/12/03, se han realizado en promedio una reunión mensual del grupo de encuentro (autoayuda)	No
		3.5.1. Número de reunión mensual en el grupo de encuentro (autoayuda)	0
		3.6. Al 3/12/03, se han capacitado 30 personas en "Liderazgo participativo", en el CCR	No
		3.6.1. Número de personas capacitadas en liderazgo participativo para organización personal en CCR	0

(49)

Indicador Anterior	Base Line Ago 2000	Indicador Nuevo	Mid-term Evaluation Sep 2002
		3.7. Al 31/12/03, se han capacitado 30 personas en "Estrategias de Gestión en comunidad" en el CCR	No
		3.7.1 Número de personas capacitadas en estrategias de gestión en comunidad en CCR	0
		3.8. Al 31/12/03, han participado 20 personas en el taller prevocacional, en el CCR	No
		3.8.1. Número de personas que han participado en el taller prevocacional en el CCR	0
		3.9 Al 31/12/04, los miembros de la casa funcional asisten un mínimo de 3 veces por semana	No
		3.9.1. Número de asistencia de los miembros a la casa funcional por semana	0
		3.10 Al 31/8/05 el modelo de RBC probado por el INRPAC, es presentado al SSMO	No
3. La base de datos clínicos esta desarrollada		4. La base de datos clínicos esta desarrollada.	
3.1. Al 30/06/02 la estructura de la base de datos con indicadores clínicos, está definida.	No	4.1. Al 30/06/02 la estructura de la aplicación de base de datos con indicadores clínicos, está definida.	Si
3.2. Al 31/06/03 el 100% de los pacientes tienen actualizados sus datos en la base.	0	4.1.1. Existencia de la estructura de la aplicación de base de datos con indicadores clínicos	marz-02
3.2.1 Número total de pacientes	4,395	4.2. Al 31/06/03 el 100% de los pacientes tienen actualizados sus datos en la base.	No
3.2.2 Número de pacientes que tienen actualizados sus datos en la base de datos.	0	4.2.1. Número total de pacientes	4710
3.3. Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes evaluados en reunión clínica.	No	4.2.2. Número de pacientes con datos actualizados en la base de datos.	1884
3.3.1 Número total de los pacientes hospitalizados por un semana	40	4.3. Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes evaluados en reunión clínica.	Si
3.3.2 Número de pacientes evaluados en reunión clínica por la base de datos	0	4.3.1. Número de pacientes evaluados en reunión clínica.	18
3.4. Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes que asisten a control.	No	4.3.2. Número de pacientes evaluados en reunión clínica, en la base de datos	18
3.4.1 Número total de los pacientes a control por un año	-	4.4. Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes que asisten a control.	NA (Menos de 100%)
3.4.2 Número de los pacientes a control actualizados a la BD	0	4.4.1. Número total de pacientes que asisten a control en un año.	NA (es posible después de abril 2003)
3.5. Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes que asisten a tratamiento ambulatorio.	No	4.4.2. Número de pacientes que asisten a control, actualizados en la BD.	NA (es posible después de abril 2003)
3.5.1 Número total de pacientes ambulatorios por un año	-	4.5. Al 30/06/04 se han consultado a la base de datos el 100% de los pacientes que asisten a tratamiento ambulatorio.	NA (Menos de 100%)
3.5.2 Número de pacientes ambulatorios, actualizados en la base de datos.	0	4.5.1 Número total de pacientes ambulatorios por un año	NA (es posible después de abril 2003)
		4.5.2 Número de los pacientes actualizados a la base del ambulatorio	NA (es posible después de abril 2003)
4. la investigación clínica es facilitada.		5. La investigación clínica es facilitada.	
4.1. Al 30/06/02 existen 5 suscripciones actualizadas en el centro de documentación del INRPAC.	0	5.1. Al 31/12/02 el promedio mensual de consultas bibliográficas alcanza 35.	No
4.2. Al 31/12/02 el promedio mensual de consultas bibliográficas alcanza 35.	0	5.1.1. Número del promedio mensual de consultas bibliográficas	25

Indicador Anterior	Base Line Ago 2000	Indicador Nuevo	Mid-term Evaluation Sep 2002
4.3. Al 31/12/02 el % promedio de uso de horas asignadas mensualmente para consultas en Internet alcanza 70%.	0	5.2. Al 30/12/03 el 100 % del equipo de profesionales ha sido capacitado en metodología de la investigación clínica.	No
4.3.1 Horas asignadas mensualmente para consultas en Internet	0	5.2.1. Número total de los profesionales	31
4.3.2 Horas de uso para consultas en Internet	0	5.2.4.2 Número de los profesionales capacitados en metodología de la investigación clínica.	0
4.4. Al 30/06/03 el 100 % del equipo de profesionales ha sido capacitado en metodología de la investigación clínica.	0	5.3. Al 31/12/03 se han presentado a comité de Investigación del SSMO, 9 anteproyectos de investigación clínica en rehabilitación.	No
4.4.1 Número total de los profesionales	25	5.3.1. Número de anteproyectos de investigación clínica en rehabilitación presentados al comité de Investigación del SSMO	0
4.4.2 Número de los profesionales capacitados en metodología de la investigación clínica.	0		
4.5. Al 31/12/03 se han presentado 9 anteproyectos de investigación clínica en rehabilitación.	0		
5. La capacidad de ofrecer formación profesional y técnica en rehabilitación es mejorada.		6. La capacidad de ofrecer formación profesional y técnica en rehabilitación es mejorada.	
5.1. Al 31/01/03 existen 3 convenios con instituciones nacionales para el entrenamiento de profesionales y técnicos en rehabilitación.	0	6.1. Al 31/12/02 existe el equipo de coordinación docente del INRPAC	No
5.2. Al 31/03/05 10 cursos de capacitación en rehabilitación, han sido diseñados.	1	6.1.1. Existencia del equipo de coordinación docente del INRPAC	En proceso
5.3. Al 31/03/05 2500 profesionales y técnicos han sido capacitados por el INRPAC.	28	6.2. Al 31/03/04 existe programa de capacitación continua al personal de INRPAC	No
		6.2.1. Existencia del programa de capacitación continua al personal de INRPAC	No
		6.3. Al 31/03/04 existe programa de capacitación externa	No
		6.3.1. Existencia del programa de capacitación externa	No
		6.4. Al 31/06/04 el diagnóstico de necesidad de capacitación se hace regularmente (una vez al año)	No
		6.4.1. Existencia del el diagnóstico de necesidad de capacitación	No
6. El sistema de administración hospitalaria, es mejorado.			
6.1 Al 30/06/04 se ha aplicado 4 veces la pauta de evaluación de la gestión hospitalaria.	0		
6.2. Al tercer mes de aplicación de la pauta, se han cumplido el 70% de las sugerencias indicadas en la evaluación.	0		
7. El reconocimiento público del INRPAC, a nivel metropolitano, es mejorado.		7. La comunicación con los usuarios es facilitada.	
7.1 Al 31/03/05 10 publicaciones relacionadas con el INRPAC, aparecen en la prensa escrita.	0	7.1. Al 31 de diciembre del 2004, el promedio de visitas página web del INRPAC, de los últimos 12 meses, alcanza 550.	Si
7.2 Al 31/03/05 5 noticias relacionadas con el INRPAC, aparecen en TV o radio.	0	7.1.1 Número de visitas en promedio página web del INRPAC, de los últimos 12 meses	612 visitas (7346) Oct-Sep
7.3. Al 31/03/05 existe un incremento de 25% de pacientes derivados al INRPAC a primera consulta.	0	7.2. Al 31 de diciembre del 2002, la Oficina de Informaciones del INRPAC, está implementada.	Si

Indicador Anterior	Base Line Ago 2000	Indicador Nuevo	Mid-term Evaluation Sep 2002
7.4. Al 31/01/05 existe un 100% de aumento en las instituciones que derivan al INRPAC para primera consulta.	0	7.2.1. Existencia de la oficina de informaciones del INRPAC	Desde Julio 2002
7.5. Al 31/01/05 existen 3000 visitas al sitio web del INRPAC.	0	7.3. Al 31/12/02, el 100% de las consultas o reclamos expresados vía libro, son respondidas en un plazo promedio inferior a 7 días.	Si
		7.3.1. Número de días demorados para responder las consultas o reclamos expresados vía libro	No hay reclamo
		7.3.2. Número de las consultas o reclamos expresados vía libro	No hay reclamo
		7.3.3. Número de respuestas a las consultas o reclamos expresados vía libro	No hay reclamo
		7.4. Existencia del sistema de solicitud de horas para 1° consulta fisiátrica en la página web del INRPAC.	No
		7.5. Al 31/12/04, se realiza trimestralmente la reunión de intercambio entre el equipo de rehabilitación y los usuarios.	No
		7.5.1. Número de la reunión de intercambio entre el equipo de rehabilitación y los usuarios.	0

Anexo 8. Cuadro de Evaluación

**CUADRO DE EVALUACIÓN:
PROYECTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

1. EFICIENCIA	ÍTEM	RECURSOS DE INFORMACIÓN	RESULTADOS
1.1 Nivel de logro del resultados del Proyecto	Logro de este momento y de la expectativa de los resultados del Proyecto	<p>Informes del Proyecto</p> <p>Expertos</p> <p>Funcionarios y profesionales del Proyecto</p>	<p>Aunque hubo cierto retraso en algunos trabajos del Proyecto, en general la ejecución del Proyecto se está haciendo más activa, logrando avance en los primeros dos años y produciendo planificación concreta para el resto del período del Proyecto.</p> <p>En relación al mejoramiento en procedimientos clínicos, resultado 1, existen significativos avances, apoyado con los equipos renovados y algunos expertos enviados. Según el cuento por el Proyecto, mayor avance hubo en fisioterapia, terapia ocupacional, fonaudiología, nutrición y neuro-ortopedia. Más de 80% del mejoramiento fue de procedimientos rediseñados. Sin embargo la ejecución fue atrasado levemente según el plan original, el cual planeaba la realización del trabajo en los primeros dos años del Proyecto. Una de las causas de este retraso fue el difícil reclutamiento de profesionales expertos, apropiados en las áreas demandadas, en el Japón. También hubo fallecimiento de una becaria.</p> <p>El resultado 2, el mejoramiento del sistema de atención, actualmente está en el proceso de analizar flujo actual para crear flujo optimizado. El proceso se encuentra levemente retrasado. En el proceso de la función del Proyecto, se necesitarán dejar claramente establecido indicadores de calidad en el plan de operaciones de dicho producto, para medir el efecto del flujo optimizado y el manual del programa del atención.</p>

<p>El desarrollo del sistema RBC, resultado número 3, se ha cumplido con la programación general, pero debido a la necesidad de preparar la evaluación intermedia se decidió cambiar la fecha de inicio del programa de asistencia en el hogar para noviembre y la instalación del CCR para diciembre del 2002. En términos de expectativa futura, se espera lograr un modelo para la evaluación del SSMO, en base al análisis de la implementación de: a) un centro de rehabilitación comunitaria en Peñalolén (como mínimo); b) la aplicación de un programa de asistencia en el hogar para usuarios con discapacidad severa en la misma comuna y; c) la instalación de una casa funcional en la comuna de Ñuñoa.</p>	<p>En el proceso de la ejecución del Proyecto, la programación deberá ser examinada para responder mas fielmente a los reales intereses de relevar, implementar y validar el trabajo de RBC como un sistema integrado de rehabilitación. Además se sugiere estudiar y plantear experimentalmente indicadores de calidad al plan de operaciones de RBC, en el proceso de la aplicación del trabajo.</p>	<p>El resultado numero 4, la base de datos clínicos (BDC), es el resultado que en términos temporales se encuentra más atrasado puesto que la depuración de campos ha requerido más tiempo del planificado. Sin embargo, se estima que la posibilidad de creación del sistema de BDC en el período del Proyecto, es alta. A futuro existe posibilidad de integrar la BDC a la red del SSMO y también existe posibilidad de generar un sistema de proyección de resultados terapéuticos para pacientes portadores de traumatismo encéfalo craneano mayores de 6 años.</p>	<p>Para el resultado 5, la investigación clínica un centro de documentación fue creado y material bibliográfico fue suministrado. Esta está retrasada levemente por el reclutamiento de experto para metodología de la investigación clínica. Las principales actividades son programadas para la segunda mitad del Proyecto.</p>	<p>Para el resultado 6 de formación profesional, muestra avance en el área de la administración de docencia y en la gestión de convenios con universidades (U. de Chile y U. Mayor) para la capacitación de sus estudiantes como docencia en el INRPAC. Existe la idea de planificar para potenciar al INRPAC como centro de formación en rehabilitación.</p>

45

I.2 Utilización de las inversiones	Experto Equipos Becas Contrapartes chilenos Contribución de administración chileno		Informes del Proyecto Entrevistas con los administradores y profesionales del INRPAC	<p>Para el resultado 7, la facilitación de comunicación con los usuarios, , actualmente se ha logrado crear una oficina de información, mejorar el sistema formal de felicitaciones, sugerencias y reclamos, desarrollándose además un nuevo canal de información en la forma de la página Web.</p> <p>En términos generales, se han realizado inversiones y algunos ajustes se están tomando para mejorar el uso de ellas.</p> <p>Según lo planificado en el inicio, el Proyecto no ha tenido expertos permanentes de largo plazo, excepto el líder de la parte japonesa y la coordinadora. Inversión japonesa en la área de expertos fue proporcionada por el envío de 20 expertos de permanencia limitada en estos dos años. Hubo visitas de corto plazo en las áreas de fisioterapia y de kinesiología más que en otras áreas. También ha habido sustancial inversión de expertos japoneses en el área de RBC, lo cual contribuyó al inicio del dichas actividades por el Proyecto, las cuales están planificándose y ejecutándose actualmente bajo fuerte iniciativa chilena. El reclutamiento de expertos por JICA no fue fácil como se esperaba en el inicio del Proyecto. Actualmente este tema está en el proceso de estudios en el Japón.</p> <p>Los equipos por el monto total de JPY 106 millones fueron instalados hasta el año 2002. En términos generales, los equipos son utilizados, mantenidos y administrados bien, según la norma establecida. Entre el equipamiento, el equipo de rayos X, electromiografo y vehículos son los de mayor costo. Los vehículos se utilizarán más cuando el trabajo de RBC tenga mayor actividad en el Proyecto. La mayoría de los equipos, son de relativo menor costo para rehabilitación. Los equipos también están contribuyendo al mejoramiento del aspecto técnico de las actividades del proyecto.</p>
------------------------------------	--	--	---	---

			<p>En cuanto a becas, hasta octubre de 2002, 11 becarios fueron enviados a Japón. Viendo las experiencias de los becarios, actualmente el período y los componentes de la beca se están ajustando más a la necesidades de cada becario para mejorarlas.</p> <p>Sobre la parte chilena, el proyecto tiene suficiente número de contraparte chilenos. La coordinación por contrapartes chilenos está mejorando hasta ahora el avance de la ejecución del Proyecto. Ahora cada resultado del proyecto tiene coordinadores para la ejecución y el monitoreo del mismo.</p> <p>El INRPAC ha ofrecido suficiente apoyo para la ejecución del Proyecto, lo cual incluye la oficina del Proyecto y otros costos para la ejecución de este, tales como seminarios y medios de comunicación.</p>
<p>1.3 Oportunidad de inversiones realizadas por ambos lados</p>	<p>Tiempo de inversiones Cantidad de inversiones Técnica transferida</p>	<p>Informes del Proyecto Profesionales del Proyecto</p>	<p>El equipamiento ha llegado según lo acordado, en cantidad y calidad parece satisfactoria. Como arriba mencionados, una parte de las actividades de contraparte chilenos y reclutamiento de expertos fueron ocasionalmente atrasados.</p>
<p>1.4 Aspectos que afectan el alcance de los resultados del Proyecto</p>	<p>Coordinación dentro del INRPAC</p>	<p>Informes de expertos Entrevista con los funcionarios del INRPAC</p>	<p>La RBC tiene un rol fundamental que permite al INRPAC transitar desde un modelo asistencial clínico hospitalario que ya tiene demanda, hacia otro modelo bio psico social basado en la comunidad que es una nueva oferta de asistencia por el INRPAC. Para este tránsito, a futuro es necesario programar el proceso de reorganización de los servicios del INRPAC y sus recursos materiales, financieros y humanos.</p> <p>A nivel del INRPAC existe trabajo en equipo que integra los aportes de diferentes especialidades en el proceso de rehabilitación, lo que resulta provechoso para la ejecución del Proyecto. Esto resulta fundamental a la hora de desarrollar y ejecutar el trabajo en el área de RBC.</p> <p>En las actividades de rehabilitación, los técnicos paramédicos desempeñan un papel importante. La comunicación directa entre los técnicos paramédicos y el resto del equipo de rehabilitación fortalecería el desarrollo del Proyecto.</p>

2. EFECTIVIDAD

ITEM	RECURSOS DE INFORMACIÓN	RESULTADOS
2.1 Nivel de logro del propósito del Proyecto	de la Tabla resumen de resultados actuales de indicadores Entrevistas	<p>El proyecto está en un proceso de lograr las metas definidas como indicadores del propósito del Proyecto. Una parte de los indicadores están definidos para evaluar el logro del Proyecto con más exactitud.</p> <p>Desde agosto de 2000 hasta el mismo mes de 2002, la cantidad de pacientes ha aumentado en un 7% desde 4395 hasta 4710. Será posible alcanzar un 10% de aumento en total de su cobertura. El Proyecto espera ese aumento, debido al cambio de estrategias terapéuticas, desarrollando trabajo grupal, sobre todo en el área de RBC.</p> <p>El aumento en el número de procedimientos ya alcanzó al 18%, sin embargo muchos de ellos incluyen no sólo procedimientos nuevos sino también los rediseñados. Por lo tanto, propone ajustar la tasa de meta de 2.5% a 1.5% en el aumento de sólo nuevos procedimientos.</p> <p>En términos de los procedimientos de evaluación, diagnóstico y rehabilitación, el Proyecto considera que se esperaba mayor impacto de la transferencia técnica de Japón en el área de los procedimientos rediseñados. Sin embargo debido a que el equipo de rehabilitación del INRPAC posee bastante experiencia y la preparación técnica de los profesionales es similar a la de sus referentes Japoneses, disminuye la posibilidad de aparición de nuevos procedimientos ignorados por la parte Chilena. En cambio, un análisis detallado de "cómo" se efectúan los procedimientos y su posterior corrección, genera mayor intercambio en el ítem "rediseñados".</p> <p>Si bien, la medición de la efectividad y mejoría del sistema es frecuentemente asociada con mejoría en las funciones incluso curación, en el caso específico de esta área, se trata de condición crónica que en el mejor de los casos será compensada. La medición objetiva y confiable de los resultados a nivel de función es extremadamente complicada para poblaciones con la conformación de los usuarios del INRPAC, por lo que se centró el análisis en indicadores generales de proceso, mas que en resultados a nivel de población.</p>

5

			<p>La perspectiva de logro de 10% de aumento en el ingreso propio es positiva hasta 2005. Si se considera la tasa de inflación anual de 3%, se necesitará un aumento más elevado en recaudación propio en los 5 años del período del Proyecto para contribuir a la operación del INRPAC. Actualmente el INRPAC está haciendo esfuerzos para aumentar recaudaciones directas tales como docencia. El ingreso propio ocupa alrededor de 10% del ingreso total del INRPAC.</p> <p>El número actual de actividades de integración social es uno. Se espera desarrollar en paralelo y con perspectiva de sumatoria durante el desarrollo del Proyecto, por tanto la expectativa de logro es positiva, si el proceso marcha según lo planificado.</p> <p>En el proceso de la implementación del Proyecto, es necesario estudiar y plantear experimentalmente indicadores de calidad con respecto al alcance del propósito del proyecto. No se puede seguir trabajando solamente con datos estadísticos brutos totales. (Además es necesario estudiar dentro de la función diagnóstica factores de pronóstico, éxito y riesgo.)</p>
<p>2.2 Contribución del trabajo para el alcanzar el propósito.</p>	<p>Cómo los resultados del Proyecto han sido útiles para el</p>	<p>Informes de Proyecto Entrevistas</p>	<p>Existe orden prioritario que diferenciar la ponderación otorgada a los diferentes resultados en el momento de la ejecución. Actualmente se encuentra una etapa para impulsar RBC y BDC después de lograr avances en el mejoramiento de procedimientos clínicos. El Proyecto considera la relación y mutua interacción entre los resultados dentro de su diseño, lo cual fortalecerá la efectividad del proyecto para lograr su propósito.</p> <p>La mejoría de la plataforma técnica homogeniza los conocimientos, estandariza y actualiza las técnicas de evaluación, diagnóstico y rehabilitación. Esto es condición necesaria para avanzar en la implementación de tecnologías sanitarias congruentes con el actual nivel de desarrollo de la rehabilitación, es decir RBC y BDC (Base de datos clínicos).</p>

A

<p>2.2 Contribución del trabajo para el alcanzar el propósito.</p>	<p>Cómo los resultados del Proyecto han sido útiles para el</p>	<p>Informes de Proyecto Entrevistas</p>	<p>Una vez avanzada esa etapa del desarrollo de RBC y BDC, el Proyecto centraliza el esfuerzo en mejorar las capacidades de transferencia técnica del INRPAC, avanzando en la facilitación de la investigación clínica y en el fortalecimiento de la capacidad de ofrecer capacitación.</p> <p>Finalmente, sobre la plataforma antes descrita es posible abordar con mayor energía la mejora de la comunicación con los usuarios, desarrollando la relación horizontal entre técnicos y usuarios.</p>
<p>2.3 Aspectos políticos y sociales que afectan la consecución del propósito Proyecto</p>	<p>Coordinación con organizaciones públicas</p> <p>Efecto de la condición socio-económica de la población beneficiaria.</p>	<p>Informe de expertos en investigación comunitaria Profesionales técnicos del INRPAC</p>	<p>En caso de que haya mayor coordinación con los temas impulsados por el MINSAL, el proyecto podrá tener incrementada posibilidad de cooperación por el MINSAL. En la medida que el proyecto asuma los énfasis impulsados por el Ministerio, se obtendrá mayor apoyo político del mismo.</p> <p>Sobre RBC, hay necesidad de estudiar la integración de la corporación municipal como una de las instituciones ejecutoras para asegurar el desarrollo del modelo de RBC.</p> <p>También existe la necesidad de integración, trabajo conjunto e intercambio de información con las entidades de atenciones primarias y con FONADIS. Por lo tanto, es deseable que se hagan los esfuerzos necesarios para fortalecer la colaboración con estas organizaciones externas.</p> <p>La condición socio-económica de la población beneficiaria afecta los resultados del servicio del INRPAC. Por ejemplo, en comunas como Peñalolén, donde la situación económica relativamente más difícil que en otras comunas, las familias de PCD tienden proporcionar menos tiempo para realizar actividades terapéuticas en su casa. Lo cual muchas veces causa pérdida parcial de resultados de rehabilitación en el INRPAC. También la condición dificulta el traslado del PCD a tratamiento en el INRPAC. El trabajo en RBC del proyecto compensaría en parte esta situación.</p>

<p>2.4 Aspectos económicos que afectan consecución propósito Proyecto</p>	<p>Normativa de aranceles de pago que por prestación de servicio la del Aporte del gobierno al INRPAC</p>	<p>Informe financiero del INRPAC Informe de expertos</p>	<p>Sobre la eficiencia en los aspectos económicos, es necesario estudiar costo y beneficio para respaldar las peticiones y ajustes presupuestarios, incluyendo los elementos asociados a la eficacia y eficiencia de la RBC como sistema integrado de rehabilitación.</p> <p>Aspectos económicos que afecten sustancialmente la consecución del propósito del Proyecto. Recaudación total del INRPAC fue \$549.226.000 en 2001 y \$448.205.000 desde enero hasta agosto de 2002. SSMO ha mantenido su apoyo financiero al INRPAC. Es preferible que exista congruencia entre los costos requeridos para el cumplimiento de las metas y actividades del instituto y el aporte financiero gubernamental al INRPAC.</p>
---	---	--	--

3. IMPACTO

ÍTEM		RECURSOS DE INFORMACIÓN	RESULTADOS
3.1 Nivel de logro de Meta Superior del Proyecto	Estado de mejoramiento de la integración social de los usuarios del INRPAC	Actualmente el resultado de indicadores NO está disponible (Disponible en BDC en junio 2003). Informe de línea base	Es difícil de determinar la probabilidad de logro de meta superior en este momento, pues el Proyecto se inició hace dos años, sin embargo, en línea base realizada en agosto 2000, el número de usuarios en edad escolar correspondía a 3183, de ellos integrados al sistema escolar 1357, siendo un 42.6%. Es necesario definir e incluir indicadores de impacto dentro de la planificación de actividades y resultados.
3.2 Influencias por Proyecto a las políticas de apoyo a personas con discapacidad	Influencias a las políticas de la municipalidad de Peñalolén de apoyo a personas con discapacidad Influencias por Proyecto a las políticas de apoyo a personas con discapacidad	Informes de Expertos Informes del Proyecto Funcionarios del INRPAC Profesionales del Proyecto	Mediante el desarrollo de la actividad de RBC, se genera influencia en la política local de la Municipalidad de Peñalolén en cuanto a su enfoque de trabajo en torno a las personas con discapacidad residentes en la comuna. Esto se manifiesta en la forma de: local adaptado, consumos básicos, pago de chofer y apoyo técnico en la gestión. Es muy deseable expandir las acciones de RBC en diferentes comunas (no solo Peñalolén) por el INRPAC, después de tener resultados de dichas acciones en la comuna. En caso de que el modelo de RBC sea aceptado por el MINSAL, existe la posibilidad de que éste sea replicado en otras comunas y regiones del país. Idealmente, reforzando la red de salud existente.
3.3 Influencias por el Proyecto a otras organizaciones o grupos relacionados con personas con discapacidad	Grupos comunales Grupos de profesionales Universidades	Informes Visita y Reuniones de Trabajo con Representantes del Centro	El proceso de desarrollo de Base de Datos se ejecutó con colaboración del SSMO, lo que genera la posibilidad de que tanto el proceso de desarrollo como la BDC en sí, sirvan como ejemplo para la futura Red informática del Servicio. Además utilizando la Base de Datos como un instrumento que ayude a ordenar y facilitar el acceso a la información, optimizando el trabajo de redes, el SSMO plantea la realización de un Catastro de Discapacidad en las 8 comunas pertenecientes al servicio. Solicitando al INRPAC asesoría desde el punto de vista técnico en rehabilitación. En RBC se espera mejorar la conciencia de grupo en las organizaciones de padres y cuidadores relacionados, desarrollando capacidades y competencias funcionales a su autovalencia. Dentro del trabajo de RBC, existe influencia sobre organizaciones comunales tales como: "La rueda (La Florida)", el CIMSO (San Felipe), Centro "Ayudando a Crecer" (Chimbarongo), Centro "Jorgito Favio" (Algarrobo), la Escuela "Olga Romero" (San Miguel). Por ejemplo, Centro Jorgito Favio, Grupo organizado de padres de personas con Discapacidad, establece contacto con INRPAC en enero del 2002, posteriormente se establece relación que

<p>3.4 Impacto al INRPAC en aspecto institucional y administrativo.</p>	<p>Efectos indirectos a la administración hospitalaria</p>	<p>Entrevista e informe de cuestionario por Director de INRPAC</p>	<p>estimula al grupo a aglizar construcción de propio centro, y solicitan apoyo de profesionales del INRPAC.</p> <p>Mediante la ejecución de los seminarios técnicos se ejerce influencia en la visión y orientación terapéutica de los profesionales y técnicos asistentes, en el área de rehabilitación (KNT, TO, FA, Fisioterapia, Enfermería).</p> <p>Por el mejoramiento de la parte clínica a través de las actividades de Proyecto, se estimuló la optimización de la Administración Hospitalaria de la institución, como reestructuración de organigrama, aumento de especialidades de rehabilitación, sin embargo, este mejoramiento también tiene influencia de la reforma de salud.</p> <p>El desarrollo de la BDC influenciará a futuro la gestión de administración del INRPAC, al entregar la base para la construcción de aplicaciones como: Cuenta corriente del paciente (Lista de pago y cobro de prestaciones), control de insumos, control de producción (atenciones y prestaciones), uso de horas profesionales.</p>
<p>3.5 Cambios por Proyecto a la vida de personas con discapacidad</p>	<p>Relación entre el objetivo de rehabilitación y calidad de Vida de las PCd</p>	<p>Entrevista profesionales INRPAC.</p>	<p>Como posibilidad de importante impacto del Proyecto a la vida de personas con discapacidad, el Proyecto espera siguientes puntos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Impacto positivo en la autovalencia de las PcD, en su autoimagen y capacidad de socialización. 2) Dentro de área de participación social, impacto positivo en la influencia de los grupos organizados a nivel comunal en la forma de la presentación de iniciativas concretas de trabajo ante las alcaldías. 3) A futuro y por influencia de la capacitación recibida los grupos de PcD y sus cuidadores tendrán mejor posibilidad de adjudicarse fondos concursables derivados de fuentes como FONADIS, para la ejecución de Proyectos en beneficio de las PcD. 4) Como efecto del trabajo de orientación prevocacional se espera que las PcD evaluadas y orientadas focalicen mejor sus esfuerzos de capacitación laboral al momento de elegir sus futuras carreras.

4. RELEVANCIA

ÍTEM	RECURSOS DE INFORMACIÓN	RESULTADOS
<p>4.1 Concordancia del propósito y de la meta superior del Proyecto desde el punto de la vista de la política del Gobierno</p> <p>Concordancia entre el Ministerio de Salud (MINSAL), el Servicio de Salud Metropolitanano Oriente (SSMO) y el Proyecto</p>	<p>Ley de integración social de las personas con discapacidad. 1994</p> <p>Política nacional para la integración social de las personas con discapacidad. 1999</p> <p>Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Plan AUGE)</p> <p>Plan de acción 2000-2005 del SSMO.</p>	<p>Existe concordancia del propósito y de la meta superior del Proyecto desde el punto de la vista de la política del Gobierno, debido a que el proyecto del INRPAC incorpora los lineamientos establecidos en la política y ley de Integración social de las personas con discapacidad. La ley ofrece política global del gobierno acerca del tema de la integración social. Según la ley, la rehabilitación constituye una obligación del Estado y asimismo, un derecho y un deber de dichas personas, de su familia y de la sociedad.</p> <p>A modo de ejemplo, el proyecto de ley inicial de Plan AUGE contempla 56 enfermedades prioritarias, que el gobierno facilita acceso al servicio de salud, de las cuales 15 enfermedades tienen relación con la prevención de discapacidades.</p> <p>El SSMO ha definido como tareas prioritarias el fortalecimiento de la red de salud, la integración a nivel comunitario.</p> <p>El SSMO se encuentra en un proceso de gestión y desarrollo en torno al proyecto de reposición del INRPAC.</p>
<p>4.2 Concordancia con las necesidades del grupo blanco.</p>	<p>Encuesta de satisfacción usuaria del año 1999</p> <p>Informe de Investigación Comunitaria</p>	<p>Las necesidades de los usuarios del INRPAC son concordantes con el Proyecto. Los usuarios y sus cuidadores necesitan el mejoramiento del servicio del INRPAC e integración social. Según el Informe de Investigación Comunitaria por el Proyecto. Los intereses fuertes de los cuidadores de personas con discapacidad observados por el estudio son los siguientes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La marcha y el habla como primeros deseos 2) El interés por participar como co-terapeuta en el proceso 3) Mejorar intercambio de experiencias y conocimientos con otros cuidadores

			Documento "Estrategia de desarrollo del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda para el decenio 2000 - 2010"	La política institucional del INRPAC es congruente con el Proyecto. Los siguientes son algunos objetivos estratégicos del Instituto. 1) Desarrollo de capacidad técnica y tecnológica del INRPAC 2) Desarrollo de formación de profesionales en el INRPAC 3) Desarrollo de relación bidireccional de coparticipación con las organizaciones comunales 4) Insertar al INRPAC en una Red Multisectorial de acción comunitaria de discapacidad física
4.3 Justificación desde el punto de vista de favorecer la igualdad social.	Correlación entre el nivel socioeconómico y la discapacidad. La situación económica y social de los usuarios del INRPAC.	Encuesta CASEN 1996. Informe de estudio de la población en tratamiento en el INRPAC.	El Proyecto puede contribuir en favorecer la igualdad social, como existe correlación entre el nivel socioeconómico y la discapacidad. Según Encuesta CASEN 1996, del total de población con discapacidad (616.434 personas), el 26% se encuentra en situación de pobreza, de ellas el 7,3% corresponde a indigentes y el 18,8% son pobres no indigentes. En el INRPAC el 92% de todos los usuarios es clasificado como A/B, es decir los grupos de menor ingreso (A: sin ingreso; B: hasta \$105.000/mes)	
4.4 Concordancia entre las técnicas de Japón y la realidad chilena	Utilización de experiencia japonesa en los componentes de las técnicas empleadas en el Proyecto.	Informe por el Proyecto	La experiencia y técnicas de Japón, en el área de rehabilitación, resulta útil y de un nivel suficiente para trabajar como contraparte del Proyecto.	
4.5 Concordancia como área de prioridad de la cooperación entre Chile y Japón	Área de prioridad en la cooperación japonesa en Chile	Documentos de JICA	La rehabilitación para las personas con discapacidad se encuentra como una de las áreas de prioridad en la cooperación entre Chile y Japón. Asistencia para la gente que está en una situación desventajosa tal como personas con discapacidad, constituye una de las áreas de prioridad de JICA.	

5. SUSTENTABILIDAD

ÍTEM	RECURSOS DE INFORMACIÓN	RESULTADOS
<p>5.1 Aspecto Institucional y administrativo que afecta sustentabilidad</p>	<p>Iniciativa de los contrapartes INRPAC</p> <p>Permanencia de contrapartes en INRPAC</p> <p>Capacidad de mantención de cooperación con otras instituciones</p>	<p>de Informe de actividades realizadas dentro de Proyecto</p> <p>de Informe del Proyecto</p> <p>de Entrevista con Contrapartes Documento</p>
<p>5.2 Aspecto tecnológico que afecta sustentabilidad</p>	<p>Capacidad de los contrapartes de INRPAC</p> <p>Mantención de Equipos</p>	<p>Informe de Expertos Japoneses y Contraparte Chilena</p> <p>Inventario de Equipos</p> <p>Informe de mantención de Equipos</p>
<p>5.3 Aspectos Financieros y económicos que afectan sustentabilidad</p>	<p>Mantención del Presupuesto del INRPAC</p> <p>Capacidad del INRPAC para obtener financiamiento por</p>	<p>Subdirección Administrativa</p> <p>Entrevista Subdirección</p>

	<p>otras modalidades</p> <p>Financiamiento externo para desarrollo de RBC</p>	<p>Administrativa</p> <p>Plan de Capacitación INRPAC</p> <p>Plan de Capacitación SSMO</p> <p>Centro Comunitario de Rehabilitación</p> <p>Texto Proyecto FONADIS</p> <p>Texto Compromiso Municipalidad</p>	<p>Las factibilidad de aumentar la cantidad de ingresos propios del INRPAC dependerá de las áreas a desarrollar y la capacidad de gestión de la institución. Actualmente la capacidad de la institución está centralizando en el trabajo de la oferta de capacitación del instituto, específicamente en docencia de pre-grado con Universidades e Institutos.</p> <p>Recursos por otro organismo tales como FONADIS y municipalidades son importantes fuentes de financiamiento, para sustentar efectos del Proyecto en el futuro. Dentro del desarrollo de la RBC, para la implementación del Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) por un valor total de \$37.337.974, de los cuales el INRPAC aporta \$23.000.000, se presentó un Proyecto a FONADIS de \$10.000.000 (resultado se conocerá en marzo 2003) y Municipalidad de Peñalolén, como organismo asociado, cerca de \$4.000.000.</p>
<p>5.4 Aspectos socio culturales que afecta sustentabilidad</p>	<p>Participación de comunidad y mantención de autonomía</p>	<p>Informe del Proyecto</p> <p>Entrevista con profesionales</p>	<p>Existe necesidad e interés por parte de diversas agrupaciones de la comunidad para participar en el desarrollo del modelo de RBC propuesto por el INRPAC, teniendo claro que el eje de tal desarrollo no es la institución sino la comunidad, el INRPAC proporcionará asistencia técnica en los lineamientos, fortaleciendo la autonomía del grupo, que permitirá asegurar la sustentabilidad de las actividades del grupo en RBC.</p> <p>Será útil revisar la actual lógica, sus posibilidades de impacto a nivel comunitario e institucional (otros servicios de salud o unidades de rehabilitación) para evaluar su sustentabilidad.</p> <p>El plan futuro de SSMO mantiene política de integración de la comunidad y contempla además la sustentabilidad de las actividades y áreas desarrolladas por el instituto, como reposición del instituto.</p> <p>Las Municipalidades cuentan con diferentes programas para el desarrollo de sus vecinos, considerando el desarrollo de planes para las PCD como parte importante de su labor</p>
<p>5.5 Aspectos políticos que afecta sustentabilidad</p>	<p>Política de Apoyo Servicio de Salud Metropolitano Oriente</p> <p>Política de Apoyo a nivel Municipal</p>	<p>Entrevista e informe de cuestionario a SSMO</p>	<p>Existe necesidad e interés por parte de diversas agrupaciones de la comunidad para participar en el desarrollo del modelo de RBC propuesto por el INRPAC, teniendo claro que el eje de tal desarrollo no es la institución sino la comunidad, el INRPAC proporcionará asistencia técnica en los lineamientos, fortaleciendo la autonomía del grupo, que permitirá asegurar la sustentabilidad de las actividades del grupo en RBC.</p> <p>Será útil revisar la actual lógica, sus posibilidades de impacto a nivel comunitario e institucional (otros servicios de salud o unidades de rehabilitación) para evaluar su sustentabilidad.</p> <p>El plan futuro de SSMO mantiene política de integración de la comunidad y contempla además la sustentabilidad de las actividades y áreas desarrolladas por el instituto, como reposición del instituto.</p> <p>Las Municipalidades cuentan con diferentes programas para el desarrollo de sus vecinos, considerando el desarrollo de planes para las PCD como parte importante de su labor</p>

1. Los procedimientos clínicos en diagnóstico, evaluación y rehabilitación son mejorados

ITEM	PLAN DE OPERACIÓN		META FINAL O EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN			
	ACTIVIDADES									
2000-1 1ra Visita de Dr. Kodama		11-agos	1	Reunión de Intercambio de opinión sobre Fisiatría: discusión sobre Rehabilitación Pediátrica, Presentación del Sistema de Rehabilitación en Japón, etc.	1	Conocer la situación de rehabilitación en Japón para contenido de las becas.	Se conoció el margen de la situación de Japón	4	-	Sólo se realizó intercambio de opinión, sin transferencia técnica concreta, en próxima visita debería realizarse transferencia.
					2	Evaluar la necesidad de asesoría en cada unidad.	Rehabilitación en desarrollo. Uso de Aparatos Ortopédicos en casos complejos y severos de discapacidad	4	-	Programación del curso
					3	Analizar requerimiento de equipo del 2000	Analizado listado completo de equipos	4	-	
					4	Poder programar la estrategia de transferencia técnica en Fisiatría	Se hizo énfasis de conocimiento general de institución y visita.	3	Se ha dificultado la transferencia por diferencias de filosofía cultural.	
2000-2 1ra Visita de Dr. Kimizuka		Agosto	1	Visita al INRPAC, Policlínico de yeso del HLCM, Policlínico de Vejiga Neurogénica en HLCM, Fenolización, Policlínico Ortopedia, Cirugía HLCM, Policlínico de Cadera	1	Conocer la situación de Neuroortopedia y rehabilitación en Chile	Se realizaron 4 actividades de visita en INRPAC y HLCM	4	-	
					2	Introducir el procedimiento de Fenolización	Hizo una demostración de Fenolización a las Fisiatras del INRPAC	4	-	Utilización de este procedimiento
					3	Dar a conocer la situación de Neuroortopedia en Japón	Hizo presentación en reunión clínica (video)	4	-	

PLAN DE OPERACIÓN		META FINAL O EFECTOS ESPERADOS	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
ÍTEM	ACTIVIDADES				
2000-3	Equipos donados en el año 2000, N°1 y N° 2	1	4	-	Hacer análisis de requerimientos del año 2002
2000-4	Envío de becario de Kinesióloga: Srta. Patricia Miranda	1	4	Se ha dificultado la transferencia por diferencia de filosofía.	-
	Recepción e Implementación de los equipos en cada Unidad. (Véase la matriz correspondiente)				
	Se realizaron las siguientes actividades, dentro del programa: Evaluación de Kinesióloga, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología, diagnóstico de los aparatos ortopédicos, Screening de los niños en comunidad, Investigación Clínica en el Hospital, Fisiatría y Sistema de entrenamiento de Terapia Bobath				
	Enero				
	Enero-Mayo				
	Transferencia a la Unidad de Kinesióloga y aporte al cambio de procedimientos	2	1	No hubo transferencia técnica a la unidad de Kinesióloga.	Capacitación de otro becario, que pueda facilitar la transferencia.
	Presentación de informe sobre los cursos realizados en Japón, como Entrenamiento Prevocacional, Deporte para PcD y Líder en PcD en el año 2000, para compartir las experiencias.	1	4	Participaron 23 personas.	
2000-4	Evento de Becario JICA	2	4	Se estableció.	Debe realizarse una reunión anual

45

PLAN DE OPERACIÓN		META FINAL O EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
ÍTEM	ACTIVIDADES					
2000-5	Envío de becario de Fisiatría : Dra. Patricia Martínez Marzo-Junio	Administración Clínica, Coordinación de equipo de rehabilitación, Administración de Rehabilitación, Procedimientos de diagnóstico, Tratamiento terapéutico, Aparatos ortopédicos y protésicos, Desorden motor	POET (Programa de Orientación y Estimulación Básica): Se inició capacitación a los cuidadores (Madres) de los pacientes ambulatorios, para orientarlos en el funcionamiento del Instituto y sus diversos tratamientos.	2	Dejó de funcionar por falta de coordinación y planificación	Reformular e incorporar como parte del flujo de atención.
2001-1	Envío de becario de Fonoaudiología : Sr. Rodrigo Morales Mayo-Agosto	Transferencia a la Unidad de Fonoaudiología, Seminario para alumnos de FA de todas las Universidades de Chile, que imparten la carrera. Sugerencia de equipamiento	190 alumnos participaron en Seminario de Fonoaudiología.	4	-	
			Presentación de adaptación del modelo japonés de atención fonoaudiológica en RBC, en Seminario Internacional Nov. 2001.	4	-	
			Creación y rediseño de procedimientos de evaluación y rehabilitación.	4	-	
			Sugerencia de equipamiento 2002	4	-	
			No hubo	1	No vino experto	Traer experto de FA 2003
		Transferencia técnica con experto de Fonoaudiología				

PLAN DE OPERACIÓN		ACTIVIDADES		META FINAL O EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
		ÍTEM						
2001-2	2da Visita de Dr. Kodama	Julio	Taller de Intercambio "Diseño Programa de Rehabilitación"	1	Se realizó discusión, no hubo impacto en creación y rediseño de procedimientos de evaluación, diagnóstico y rehabilitación en Fisiatría	3	Se ha dificultado la transferencia por diferencia de filosofía.	Se realizará un Curso de Neurodesarrollo
			Jornadas de Análisis de Fisiatría	2	Se realizó discusión, no hubo impacto en creación y rediseño de procedimientos de evaluación, diagnóstico y rehabilitación en Fisiatría	3	Se ha dificultado la transferencia por diferencia de filosofía.	Se centrará próxima visita, en objetivar la evaluación
2001-3	Sr. Yasuo Hara	20-julio	Jornada de intercambio de experiencia Kinésica en INRPAC, Chile-Japón	1	Presentación a los kinesiólogos externos, sobre las actividades de la Unidad de Kinesiólogía del INRPAC, situación actual de la kinesiólogía en Japón e Informe de becario chileno de Kinesiólogía en Japón.	3	En el plan, se debía obtener la visión de ambos lados, Japón y Chile, sin embargo, no llegó a una discusión profunda.	La próxima vez, no debe hacer sólo presentación, sino que se debe realizar intercambio de opinión más profunda.
		Julio	Trabajo con pacientes asignados	2	Introducir el nuevo método de rehabilitación	4	-	Programar un curso de Terapia Bobath
2001-4	Llegada de equipo de donación de Ira solicitud del 2001	Jul-Sep	Llegaron 28 ítem de equipamiento	1	Rediseño y creación de nuevos procedimientos clínicos de evaluación, diagnóstico y rehabilitación en cada unidad.	3	-	-

PLAN DE OPERACIÓN		ITEM	ACTIVIDADES		META FINAL O EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
2001-5	Envío de becario de Enfermería: Srta. Marisol Rojas	Julio-Oct	Se realizaron las siguientes actividades: atención de Enfermería, al niño con discapacidad, Atención pre y post operatoria al niño con discapacidad, Administración en Enfermería y organización, Educación en Enfermería y Educación Continua para Enfermeras	1	Técnica de atención de rehabilitación en Enfermería, Administración de Enfermería en Servicio de rehabilitación, Técnica de capacitación al Técnico paramédico, RBC, Supervisión de los miembros de Enfermería.	Se realizó presentación en el Seminario Internacional de Nov. 2001, sobre la experiencia de beca en Japón.	4	-	Crear programa de capacitación continua en Enfermería.
				2		Participación de creación del rol de enfermería en RBC	4	-	
				3		Se encargó de la visita de Sra. Hideko Hano	4	-	
2001-6	Envío de becario de Ortopedia Pediátrica: Dr. Eduardo Tamblay	Oct-Nov	Se realizaron las siguientes actividades: Método de separación muscular, Reconstrucción Funcional, Análisis de marcha, Rehabilitación Pediátrica desde el punto de vista ortopédica	1	Cirugía ortopédica en PcD, Análisis de marcha y movimiento, Administración quirúrgica	Se encargó de la visita de Dr. Kimizuka	2	Traslado a HLCM en Mayo 2002.	
2001-7	Divulgación de Conocimientos y experiencias adquiridas	Oct	Presentación del Fonoaudiólogo, Sr. Rodrigo Morales, sobre la Fonoaudiología en Japón, en Primer encuentro Nacional de estudiantes de Fonoaudiología	1	Dar a conocer Proyecto y divulgación del INRPAC y compartir la experiencia, historia y grado de desarrollo de Fonoaudiología en Japón	200 alumnos de Fonoaudiología de las principales Universidades de Chile, conocieron experiencias	4	-	
2001-8	Visita de Dr. Mamori Kimizuka	Nov-Dic	Visita HLCM	1	Hacer seguimiento del Becario Dr. Eduardo Tamblay	Se realizó una clase de Ortopedia pediátrica junto con el becario, en HLCM.	1	El becario actualmente no trabaja en el INRPAC	

PLAN DE OPERACIÓN		ACTIVIDADES		META FINAL O EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
		ÍTEM						
2001-9	Envío de becario de Terapia Ocupacional: Srta. Silvana Navarrete	Enero-Marzo	Se realizaron las siguientes actividades: Terapia Bobath, Integración sensorial, Confección de férula, RBC, Terapia en juego	1	Terapia ocupacional para PcD., Soporte Técnico para las extremidades superiores, Terapia en el paciente con Síndrome extrapiramidal, Juego Terapéutico, órtesis y férulas, Terapia Bobath y Técnica Integrada sensorial	3	No vio todo lo solicitado, como síndrome extrapiramidal y confección de férulas	Seminario de transferencia técnica a los alumnos de Terapia Ocupacional de la Universidad Mayor y Universidad de Chile.
2001-10	Llegada de equipo de donación del año 2001, N° 2	Marzo	Recepción e Implementación de los equipos en cada Unidad. (Véase la matriz)	1	Agregar y reponer equipamiento para crear y rediseñar procedimiento en cada unidad	4		Hacer Análisis de requerimiento para el año 2002
2001-11	Visita de Sra. Hídeko Hano	Marzo	Reuniones de trabajo con Enfermeras	1	Integración de otras enfermeras que se desempeñan en el ámbito de rehabilitación (INCA, Consultorio La Faena, Teletón y CIMSO) para compartir experiencias e iniciar la formalización del campo de enfermería en rehabilitación.	3	Se dificultó la transferencia técnica por dificultad con jefatura de enfermería	Coordinar y planificar la red constituida.
		Marzo	Encuesta	2	Conocer y analizar la situación de Unidad de Enfermería.	3	Se dificultó la transferencia técnica por dificultad con jefatura de enfermería	Establecer la capacitación continua, para los Técnicos Auxiliares Paramédicos

PLAN DE OPERACIÓN		ITEM	ACTIVIDADES		META FINAL O EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
					Planificar trabajo de "Manual de Procedimientos de Enfermería en Rehabilitación".	Se analizó la situación para iniciar la preparación del manual.	2	Se dificultad transferencia técnica por dificultad con jefatura de enfermería	Preparación de documento, para elaborar manual de procedimientos
					Se presentaron aspectos importantes, que debe considerar el Equipo de enfermería en la interacción con el paciente discapacitado, Técnicas de inhibición de movimientos involuntarios, movilización y traslado del paciente etc., con la participación de Terapeuta Ocupacional y Kinesiólogo	28 TAP capacitados, en el manejo y traslado de pacientes y su incorporación a las Actividades de proyecto	4		Continuar la capacitación, a los Técnicos Auxiliares Paramédicos
					Se realizó capacitación sobre "Proceso de desarrollo, características y el método de intervención de enfermería en el niño con discapacidad", "El papel e intervención de enfermería, según el proceso psicológico de los cuidadores"	19 TAP participaron en la capacitación	4		
2002-1	Visita del Sr. Yasuo Hara y Sr. Kazunori Noguchi	Mayo-Junio		"Curso Introducción a la Terapia Bobath": Se realizó el curso, en la escuela de Kinesióloga, Universidad de Chile, organizado por INPRAC.	Introducir Terapia Bobath a la Kinesióloga Y Terapia Ocupacional. Reconocer las tareas para introducir nuevos procedimientos en Kinesiterapia y Terapia Ocupacional	Se estableció una base para desarrollar Terapia Bobath y se reconocieron los problemas que dificultan su incorporación.	4		Curso de Terapia Bobath para Fisiatría, Curso de Terapia Bobath de siguiente grado

PLAN DE OPERACIÓN		META FINAL O EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
ÍTEM	ACTIVIDADES					
	<p>Clase Terapia Bobath: Se realizaron cuatro clases teórico-práctica, de Terapia Bobath como continuación del curso de Introducción, a los Kinesiólogos y Terapeutas Ocupacionales del INRPAC.</p> <p>Mayo-Junio</p>	<p>Reconocer las tareas para mejorar la atención en Kinesiterapia y Terapia Ocupacional.</p>	<p>Se estableció una base para desarrollar Terapia Bobath y se reconocieron los problemas que impiden este desarrollo</p>	<p>4</p>		

- 4 Completo
- 3 Casi completo
- 2 Queda tareas
- 1 Sin actividades

2. El sistema de atención en rehabilitación

ITEM	PLAN DE OPERACION		META FINAL o EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN		
	ACTIVIDADES								
2000-1	Preparación básica de Flujo optimizado de atención	Ago	Presentación de Sistema de rehabilitación por Dr. KODAMA	1	Conocer la situación del sistema de rehabilitación en Japón	Se analizo la diferencia del flujo entre dos países	4	-	Escribir el flujo actual
2000-2	Equipos donados del año 2000 No1 Y NO2	Enero	Recepción e Implementación de los equipos: Ambulancias, Equipo de Rayos X, Camas hidráulicas, Balanza en silla y etc.	1	Agregar y reponer equipamiento para apoyar programas del servicio de rehabilitación.	Unidades con equipamiento en funcionamiento	4	-	Hacer Análisis de requerimiento el año 2001
2000-5	Envío de becario de Fisiatría : Dra. Patricia Martínez	Marzo-Junio	Se realizó el siguiente programa: Fisiatría, RBC, Sistema de Entrenamiento Terapia Bobath, Administración de Instituto de Rehabilitación para Niños con discapacidad severa, Diseño de programa de rehabilitación, Rehabilitación para Niños con discapacidad severa	1	Administración Clínica, Coordinación de equipo de rehabilitación, Administración de Rehabilitación, Procedimientos de diagnóstico, Tratamiento terapéutico, Aparatos ortopédicos y protésicos, Desorden motor	POET (Programa de Orientación y Estimulación Básica): Se inició capacitación a los cuidadores (Madres) de los pacientes ambulatorios, para orientarlos en el funcionamiento del Instituto y sus diversos tratamientos.	2	Dejó de funcionar por falta de coordinación y planificación	Reformular e incorporarlo como parte del flujo de atención.

PLAN DE OPERACION		META FINAL o EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN		
ITEM	ACTIVIDADES							
2001-1	Sistema de administración hospitalaria	Cambio de sistema de administración	Mejorar el organigrama hospitalario	1	Modificación de el Equipo de Rehabilitación, taller ortopédico, servicio general. Se creo el equipo de RBC aparte del equipo de rehabilitación.	2	No se a planificado cambiar organigrama	Escribir nuevo organigrama
2001-2	Alianza Estratégica para mejorar la atención al Paciente	Convenio Oficial entre INRPAC y las organizaciones externas.	Mejorar atención Hospitalaria en el cuidado básico de pacientes a través de donación, eventos, apoyo en alimentación, educación, hipoterapia y terapia asistida por animales.	1	Se realizo la firma de convenio con 4 organizaciones como, Dama de Fraternidad, Dama de Rosado, Fundación Tala, Fundación Carolina Labra y Centro Femenino Juanita de Aguirre.	4		Mantener los convenios actualizados
2001-2	2da Visita de Dr. Kodama	Taller de Intercambio "Diseño Programa de Rehabilitación"	Discusión sobre los casos clínicos de pacientes hospitalizados con diagnóstico de PC, para analizar el programa vigente de diagnóstico y rehabilitación.	1	Se realizó discusión, no hubo impacto en creación y rediseño de programa de rehabilitación.	3		

PLAN DE OPERACION		META FINAL o EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
ITEM	ACTIVIDADES					
		2	Presentación de actividades de Unidad de Fisiatría y situación actual de rehabilitación entre Japón y Chile, con la participación de Fisiatras externos e internos, para confirmar y dar asistencia a becario de Fisiatría.	3		Se centrará próxima visita, en objetivar la evaluación
2001-3	Llegada de equipo de donación de 1ra solicitud de 2001	1	Recepción e Implementación de los equipos: Autobús con lifter, Sittings, Aparatos de audio para SOME	4		Hacer Análisis de requerimiento el año 2002
2001-4	Nuevo sistema en Atención Ambulatoria	1	POET (Programa de Orientación y Estimulación Básica): Se inició una serie de capacitación a los cuidadores (Madres) de los pacientes ambulatorios, para orientarlos en el funcionamiento del instituto y sus diversos tratamientos.	3		Continuación y renovación de orientación al cuidadores
2001-5	Nuevo sistema en Atención hospitalario	1	El inicio de Hipoterapia a pacientes hospitalizado en INRPAC	4	Desde marzo 2002, se aumento 2 veces al semana	Participación al Congreso de Hipoterapia

ITEM		PLAN DE OPERACION			META FINAL o EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
		ACTIVIDADES							
2001-6	Educación hospitalaria		Oct.	Mejoramiento de educación en sala	1	Para que los pacientes continúen su año escolar y luego se reintegren a su escuela base.	4		
2001-7	Odontología		Nov, 2001	Inicio de planificación de atención odontológica al paciente de INRPAC	1	Solucionar los problemas de odontológicos básicos en nuestros pacientes	4		Instalación del equipo odontológico en Dic. Contratación de odontopediatra.
2001-8	Llegada de equipo de donación de 2ra solicitud de 2001 No2		Marzo, 2002	Recepción e Implementación de los equipos: Auto para PCD, Revelador Automático	1	Agregar y reponer equipamiento para apoyar programas del servicio de rehabilitación.	4		Hacer Análisis de requerimiento el año 2002
2001-9	Equipo de donación del año 2002		Marzo, 2002	Solicitud de los equipos: Aparatos para las salas hospitalarias, Juegos terapéuticos para la sala, Camas infantil, cunas, aparatos para escuela hospitalaria.	1	Agregar y reponer equipamiento para apoyar programas del servicio de rehabilitación.	4		Recepción de los equipos
2001-10	Envío de becario: Hernan SOTO		Mar-Junio, 2002.	Entrenamiento en Japón sobre el sistema de rehabilitación	1	Trabajo en equipo de rehabilitación, distribución de los roles, capacitación al personal en RBC, Monitoreo de trabajo de RBC, Proyección de evaluación en Base de datos clínico	4		

PLAN DE OPERACION		META FINAL o EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
ITEM	ACTIVIDADES					
		2	Planificación de Reunion anual con familias de pacientes hospitalizados durante el año	4		Ejecutar actividad en diciembre 2003
		3	Planificación de la participación de familia del paciente en el programa de rehabilitación.	4		Planificar ejecución a partir de marzo 2003
2002-1	Flujo de atención Ago, 2002	1	Se definió sistema de atención, programa y unidades. Los pacientes ingresan al sistema de rehabilitación de INRPAC accediendo a los programas de hospitalización, atención ambulatoria o RBC dependiendo de el acuerdo establecido por el equipo de rehabilitación.	4		Iniciar estudio de flujo.
2002-2	Analizar flujo 2000 de programas de hospitalizados y ambulatorios Ago, 2002	1	El flujo antes de 2000 esta escrito	4		
		2	Confirmación de falencia del flujo 2000, por unidad	4		
		3	El flujo de 2002 esta escrito	4		
		4	Terminación de flujo optimizado por unidad			

PLAN DE OPERACION		ITEM	ACTIVIDADES	META FINAL o EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
				5	Confirmación de los problemas en la integración del flujo de rehabilitación (Odontología)	3	Falta analisis y aportes por todo el equipo de rehabilitación	
				6	Integración general de flujo de los 3 programas	3	Falta analisis y aportes por todo el equipo de rehabilitación	
2002-3	Reforma de reunión de equipo	Ago, 2002	Revisar la situación de la reunión del equipo	1	Cambio de nombre de reunión clínica a reunión de equipo.	4		
				2	Inicio de participación de Neuroortopedista	3		Por lograr: participación de Tpm, protesista y odontólogo
				3	Reforma de contenido de reunión de equipo	2	Aun no se coordina fecha, encargado de inicio de actividad	Por lograr: programarlo nuevamente.
					Informe de equipo de terapia asistida por animales	4		
					Incorporación de programa RBC.	3	Aun no esta en funcionamiento servicio de cuidados en el hogar ni CCR.	

ITEM		PLAN DE OPERACION		META FINAL o EFECTOS ESPERADOS	PROGRESO Y RESULTADOS ACTUALES	GRADO DE LOGRO	RAZONES DE ATRASO DE ACTIVIDADES	SIGUIENTE PLAN
		ACTIVIDADES						
				4	Utilización de modulo de pacientes hospitalizados de base de datos clínicos	4		Analisis de evaluaciones y evolución de cada pacientes a traves de base de datos
2002-4	Manual programa de hospitalizacion	Ago, 2002	Transferencia técnica de Sra. Hano a la Unidad de Enfermería	1	Confirmación de los problemas por parte de enfermería en la atención de pacientes hospitalizados	3	Dificultades en la aplicación de sugerencias	Por lograr: manual escrito
			Planificación de creación de Manual de Programas		Analisis y diagnostico del programa de hospitalizacion	1		
					Elaboracion y definicion de conceptos incluidos en un programa de intervencion.	1		
					Optimizacion del Programa	1		

- 4 Completo
- 3 Casi completo
- 2 Queda tareas
- 1 Sin actividades