



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

Instituto Nacional de Rehabilitación

“Dra. Adriana Rebaza Flores”

Documento técnico:

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

2008 - 2012

Enero de 2008

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2008 - 2012

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "Dra. Adriana Rebaza Flores"

Este documento ha sido elaborado con la colaboración de:

Dr. Juan Daniel Guillen Cabrejos

Director General

Dra. María Adelaida Méndez Campos

Sub - Directora General

Dr. Gelberth J. Revilla Stamp

Director Ejecutivo – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Directores de Control Institucional, Administrativos y de Asesoría:

- Lic. Virginia Conde Chávez Jefe del Órgano de Control Institucional
- Dra. Marta Rodríguez Vargas Directora de la Oficina de Asesoría Jurídica
- Dra. Maria Rodríguez Ramírez Directora de la Oficina de Epidemiología
- Dr. Rómulo Alcalá Ramírez Director de la Oficina de Cooperación Científica Internacional
- Dr. Fernando Dejo Bendezú Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
- Lic. Elvira Cano Postigo. Directora de la Oficina de Comunicaciones
- Sr. Walter Baldeón Cruz Director de la Oficina de Estadística e Informática
- Lic. Humberto Arbaiza Vásquez Director Ejecutivo de Administración
- Lic. Ciro Echegaray Peña Director de la Oficina de Personal
- Sra. Rosa Jeri Junco Directora de la Oficina de Logística
- CPC. Doris Barrantes Mendoza Directora de la Oficina de Economía
- Sra. Nora Saavedra Chumbe Directora de la Oficina de Servicios Generales.

Directores Ejecutivos de Línea:

- Dra. Julia Méndez Campos Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales
- Dr. Luis Juárez Lengua Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras
- Dr. Benjamín Montes Cervantes Director Ejecutivo en Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento
- Dra. Raquel Tapia Egoavil Directora Ejecutiva en Investigación y Docencia en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud

Jefes de Departamentos Asistenciales:

- Dra. Luisa Torres Pachas Jefe del Dpto. de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor
- Dra Carmen Cifuentes Granados Jefe del Dpto. de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje
- Dr. Jaime Allen Ayca Jefe del Dpto. de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación
- Dr. Carlos Bejar Vargas Jefe del Dpto. de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y en la Adaptación Social
- Dr. Asencio Quintana Gonzales Jefe del Dpto. de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Medulares
- Dra Elena Kiuchi Osada Jefe del Dpto. de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en Amputados, Quemados y Trastornos Posturales
- Dr. Cesar A. Kuroki Garcia Jefe del Dpto. de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en la Unidad Motora y Dolor
- Dr. Fernando Urcia Fernández Jefe del Dpto. de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
- Dr Benjamín Montes Cervantes Dpto. de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Tratamiento
- Dra Hermelinda Iriarte Veliz Jefe del Dpto. de Investigación, Docencia y Atención en Biomecánica
- Dr Benjamín Montes Cervantes Jefe del Dpto. de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico
- Odont. Victor H. Mendoza Portocarrero Jefe del Dpto. de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Tratamiento
- Dr. Bernardo E. Ostos Jara Jefe del Dpto. de Investigación, Docencia y Prevención de Riesgos y Prom. Salud en Funciones Mentales
- Lic. Carmen Julián Rivero Jefe del Departamento de Enfermería

PROLOGO

El Instituto Nacional de Rehabilitación, es un Órgano Desconcentrado del Ministerio de Salud, encargado de la investigación, docencia y atención especializada en el campo de la Rehabilitación.

Conforme al mandato de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud y su reglamento aprobado por el D.S. N° 013-2002-SA, realiza sus actividades en base a los Lineamientos de Política Sectorial, su Misión y Visión, a fin de contribuir a la Rehabilitación Integral de la persona con discapacidad, optimizando el uso de los recursos públicos para el cumplimiento de las Metas y Objetivos previstos a corto, mediano y largo plazo.

La gran responsabilidad que tiene el Instituto Nacional ante el individuo, su familia y la comunidad en general, la complejidad de su manejo, los avances tecnológicos y científicos y los modernos conceptos de gestión y gerencia, dirección y administración, son los principales factores de motivación para emprender la difícil tarea de recopilar criterios dispersos y reunir elementos fundamentales de juicio de valor para lograr una aproximación al prototipo del Instituto eficiente, eficaz y oportuno.

Del mismo modo, la complejidad del fenómeno sanitario en el Perú exige nuevas propuestas de intervención, las cuales deben ser capaces de abordar los problemas de la salud pública, con coherencia y visión holística. Los fenómenos de la Transición Social y la Heterogeneidad que se viven en el país, vinculados a las condiciones económicas (especialmente a la pobreza, la extrema pobreza y al desempleo), a los fenómenos de multiculturalidad, y a la existencia de problemas de acceso y déficit de ciudadanía, configuran un escenario de brechas e inequidades que requieren definir las intervenciones sobre la base de información adecuada de la realidad sanitaria en sub grupos poblacionales, pero no sólo ello, sino también medir el impacto de estas intervenciones sobre los grupos objetivo, planteados tanto en el ámbito nacional, como regional y local.

Por todo ello, el contar con un documento que analice la realidad de salud, que prevea escenarios futuros y que defina los temas sanitarios relevantes para su priorización se hace particularmente valioso y útil. Sin embargo, este quehacer es dinámico y flexible y exige constante fortalecimiento y una dinámica de retroalimentación permanente, que permita su enriquecimiento y adaptación oportuna.

La conducción eficiente de nuestra institución se sustenta ineludiblemente en la planificación estratégica coherente que designe el derrotero a seguir y las acciones a emprender, en el marco de una cultura de eficiencia y servicio al ciudadano, rompiendo con la inercia histórica de la burocracia que rige su comportamiento por una cultura del gasto.

Dr. Juan Daniel Guillen Cabrejos

Director General

INDICE

PROLOGO	Pag. 03
INDICE	Pag. 04
INTRODUCCION	Pag. 05
I. FINALIDAD	Pag. 06
II. OBJETIVO	Pag. 06
III. BASE LEGAL	Pag. 06
IV. AMBITO DE APLICACIÓN	Pag. 06
V. PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	
V.1. ANTECEDENTES	
V.1.1. OBJETIVOS DEL MILENIO	Pag. 07
V.1.2. COMPROMISOS DEL ESTADO	Pag. 07
V.2. ANALISIS DE LA SITUACION DE LA DISCAPACIDAD	Pag. 11
V.2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL	Pag. 11
V.2.2. CONTEXTO LATINOAMERICANO	Pag. 12
V.2.3. CONTEXTO NACIONAL	Pag. 15
V.3. GENERALIDADES	Pag. 20
V.3.1 DENOMINACIÓN, NATURALEZA Y FINES.	Pag. 20
V.3.2. VISION	Pag. 21
V.3.3. MISIÓN	Pag. 21
V.3.4. VALORES INSTITUCIONALES	Pag. 21
V.3.5. POLITICAS INSTITUCIONALES	Pag. 22
V.4. OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y ESPECIFICOS	
V.4.1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS MINSA - PNCS.	Pag. 23
V.4.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS INR – PEI 2008 - 2012	Pag. 25
V.4.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS	Pag. 26
V.5. FORMATOS CONSOLIDADOS DEL PEI 2008 - 2012	
FORMATO 1: Diagnostico, Rol y Prioridades	Pag. 27
FORMATO 2: Diagnostico del Programa y Acciones a implementar	Pag. 28
FORMATO 3: Programas y Objetivos	Pag. 29
VI. ANEXOS.-	Pag. 30
MATRIZ Nº 1: Articulación de los Lineamientos de Política de salud a los objetivos estratégicos	Pag. 31
MATRIZ Nº 1: Articulación de los Objetivos Específicos al Presupuesto.	Pag. 35
TABLA Nº 01.- Ficha de Programación Multianual de Inversiones	Pag. 39
TABLAS .- Catálogo de Servicios y Actividades Estandarizadas	Pag. 40

INTRODUCCION

El Instituto Nacional de Rehabilitación, fue fundado el 14 de Julio de 1,962 y por Decreto Ley Nº 17523 (Ley Orgánica de Salud del 21-01-69) se incorpora al Gobierno Central integrando la zona de Salud de Lima Metropolitana.

El Instituto Nacional de Rehabilitación debe ser conducido bajo un sustento de eficiencia basado ineludiblemente en la Planificación Estratégica, que determina el camino a seguir y las acciones a emprender, en el marco de una cultura orientada hacia la eficiencia, investigación, docencia y rectoría en Medicina de Rehabilitación, al servicio de la persona con discapacidad, teniendo en cuenta a la familia, la comunidad y entornos saludables.

La planificación operativa es el instrumento de gestión, complementaria que permite conducir las actividades y recursos disponibles para alcanzar objetivos y resultados debidamente planteados, en el plazo de un año fiscal y en armonía con los compromisos y Planes Estratégicos vigentes

El problema de la Discapacidad es de tal magnitud que necesita de medidas urgentes para atender la demanda por lo que es necesario contar con recursos humanos especializados, infraestructura y equipamiento, sobre todo en un país como el nuestro con escasos recursos, es necesario fortalecer la organización y las estrategias para mejorar la cobertura de atención y satisfacer a la demanda que acude a nuestros servicios y que se incrementa de año en año.

En ese sentido el Instituto Nacional de Rehabilitación ha comenzado una reorientación en el cumplimiento de su misión, a fin de alcanzar la visión. En este contexto, se prioriza la investigación, docencia – enseñanza y capacitación, rectoría en medicina de rehabilitación así como la atención altamente especializada.

Las acciones propuestas en el presente documento permitirán el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos Nacionales y Sectoriales los cuales se plasmarán en los Planes Operativos Anuales Institucionales.

El Instituto Nacional de Rehabilitación, en concordancia con una política de gestión renovada, sustentada en el pleno conocimiento de la realidad institucional y su entorno geopolítico y social, presenta su Plan Estratégico Institucional 2008 – 2012.

Dr. Gelberth John Revilla Stamp
Director Ejecutivo
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

I. FINALIDAD

Orientar y determinar el camino que deberá seguir el Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” para lograr los objetivos planteados a mediano y largo plazo.

II. OBJETIVO

Establecer el marco directriz para la gestión del Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”, el mismo que incorpora las Políticas Nacionales del Gobierno Nacional y los Lineamientos de Política de Salud 2007 – 2020.

III. BASE LEGAL

- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo. ONU 2006. Perú 2008.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000 - 2015. OMS 2000.
- Constitución Política del Perú 1993.
- Ley N° 26843, Ley General de Salud
- Ley N° 27050. Ley General de la Persona con Discapacidad y sus modificatorias.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento aprobado mediante D.S. N° 013-2002-SA.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión Estado
- Ley N° 28522, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) y su Reglamento, aprobado mediante D.S. N° 054-2005-PCM.
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Ley N° 28927, Ley de Presupuesto Público año 2007.
- Ley N° 29142, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2008.
- Decreto Supremo N° 163-2004/EF, establecen disposiciones para la mejora de la calidad del gasto público y crea el Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria mediante el Decreto Supremo N° 007-2006-SA, Artículos 3º, 4º, 17º y 18º.
- Decreto Supremo N° 015-2006/MIMDES. Declara “El Decenio de la Persona con Discapacidad 2007-2016”.
- Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA, aprueba “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, aprueba “Plan Nacional Concertado en Salud”.
- Resolución Directoral N° 027-2007-EF/76.01, aprueba “Directiva para la Programación y Formulación del Presupuesto de los Programas Estratégicos en el Marco del Presupuesto por Resultados”.
- Directiva N° 002-2003-EF-68.01, para la Reformulación de los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales para el período 2004 – 2006, aprobada por R.D. 003-2003-EF-68.01

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico es de aplicación y alcance para las Unidades Orgánicas que constituyen el Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”.

El Plan Estratégico Institucional del INR podrá servir de base para que se genere el Plan Estratégico Sectorial Nacional, Regional y/o Local que involucre a establecimientos de salud públicos o privados.

V. PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

V.1. ANTECEDENTES

El Perú se ha sumado a distintos compromisos internacionales que han señalado los derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. En ellos se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Señala un “cambio paradigmático” de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad.

V.1.1. OBJETIVOS DEL MILENIO

Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹ no dicen todo lo que es necesario decir acerca de la salud y el desarrollo. No dicen nada acerca de la importancia esencial de que haya sistemas de salud eficaces para alcanzar todos los objetivos de salud, como tampoco acerca de la salud reproductiva ni de las enfermedades no transmisibles, ni de la discapacidad.

Por consiguiente, tenemos que entender los Objetivos de Desarrollo del Milenio como una expresión abreviada de algunos de los resultados más importantes que debe obtener el desarrollo, a saber:

- Reducción de la mortalidad materna asociada al parto;
- Aumento de la supervivencia infantil durante los primeros años de vida;
- Lucha contra la catástrofe que conlleva el VIH/SIDA;
- Garantía de acceso a los medicamentos que salvan vidas;
- Mejoramiento de la salud en todas sus formas, contribución ésta muy importante para la reducción de la pobreza.

En consecuencia la intervención en salud que se realiza a través de las atenciones medicas y no médicas implicaran nuestra participación como institución publica rectora en el ámbito de la Medicina de Rehabilitación en el mejoramiento de la calidad de vida de las Personas con Discapacidad.

V.1.1. COMPROMISOS DEL ESTADO

El Estado ha asumido compromisos respecto a los Derechos de las Personas con Discapacidad.

A.- EN EL NIVEL INTERNACIONAL

Entre los más importantes están la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Viena, Artículo 22 (1993). El Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (1966). La Convención sobre

¹ Modificado de <http://www.who.int/mdg/es/>

los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo (2006) Ratificado por Perú el 30 de Enero de 2008.

Los Estados que se adhieren a la Convención se comprometen a adoptar y aplicar las políticas, leyes y medidas administrativas necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en la Convención y derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación (artículo 4).

Puesto que para mejorar la situación de las personas con discapacidad es fundamental lograr un cambio de las percepciones, los Estados que ratifican la Convención se comprometen a luchar contra los estereotipos y prejuicios y promover la toma de conciencia sobre las capacidades de las personas con discapacidad (artículo 8).

Los Estados garantizarán el goce por las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, de su derecho inherente a la vida (artículo 10), la igualdad de derechos y el adelanto de las mujeres y niñas con discapacidad (artículo 6) y la protección de los niños con discapacidad (artículo 7).

Sobre la cuestión fundamental de la accesibilidad (artículo 9), la Convención obliga a los Estados a identificar y eliminar obstáculos y barreras de acceso para que las personas con discapacidad puedan acceder a su entorno físico, a los medios de transporte, a las instalaciones y servicios públicos, y a las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Las personas con discapacidad tendrán derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados deberán proporcionarles servicios de salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, y les proporcionarán asimismo los servicios de salud que necesiten específicamente como consecuencia de su discapacidad, y prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud (artículo 25).

Con el fin de permitir a las personas con discapacidad lograr la máxima independencia y capacidad, los Estados proporcionarán servicios generales de habilitación y rehabilitación en los ámbitos de la salud, el empleo y la educación (artículo 26).

B.- EN EL NIVEL NACIONAL

El estado peruano esta comprometido en resolver en la medida de su disponibilidad presupuestal los principales problemas de salud por esto ha dado muestras de ello a través de la emisión de Leyes y Normas Legales, así como Normas Técnicas que enumeramos a continuación.

- Acuerdo Nacional. Año 2002. en la que se aprobaron 29 Políticas Nacionales, siendo las relevantes en salud las que se refieren a Equidad y Justicia Social, Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado.

En ellas se contemplan:

- ✓ Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.
- ✓ Promoción de la Igualdad de oportunidades sin discriminación.
- ✓ Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud.
- ✓ Afirmación de un Estado Transparente y Eficiente.

- Plan de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 2009 – 2018 aprobado mediante Decreto Supremo Nº 007-2008-MIMDES.
En dicho documento técnico se considera:

VII. AREAS DE INTERVENCION DEL ESTADO:

A. SALUD

Ejes de la temática Salud

- Prevención de las discapacidades.
- Acceso a los servicios de salud.
- Apoyo a las actividades y programas científicos.
- Fortalecimiento de los Servicios de Medicina de rehabilitación.
- Servicios de Intervención temprana.

Acciones Generales:

- Reducir las deficiencias físicas, mentales y sensoriales en la población general.
- Reducir las consecuencias negativas, tanto físicas, psicológicas como sociales de la discapacidad en personas afectadas.
- Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud.
- Fortalecer los servicios de medicina de rehabilitación del Ministerio de Salud.
- Promover y apoyar los programas y actividades científicas orientadas a la prevención y reducción de consecuencias negativas de las discapacidades.
- Lograr servicios de intervención temprana con énfasis en la orientación familiar.

- Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS)

El PNCS se fundamenta en principios orientadores y enfoques transversales que se ven reflejadas en su visión, objetivos y estrategias. En el también se encuentran los Lineamientos de Política de Salud 2007 – 2020, que definen el futuro de la salud, los cuales son:

1. Atención Integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
2. Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Aseguramiento Universal en Salud.
4. Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local.
5. Mejoramiento Progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
6. Desarrollo de los Recursos Humanos.
7. Medicamentos de calidad para todos/as.
8. Financiamiento en función de resultados.
9. Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
10. Participación Ciudadana en Salud.
11. Mejora de los otros determinantes de la salud.

- En el año 2007 se establecen las políticas nacionales que serán de cumplimiento obligatorio y con metas semestrales verificables para todas las entidades del Gobierno Nacional, a fin de que el conjunto de las instituciones y funcionarios públicos impulsen

transversalmente su promoción y ejecución en adición al cumplimiento de las políticas sectoriales.

Si bien es cierto que al Ministerio de Salud no se le asigna rol de Supervisión de las políticas nacionales para el equipo de gestión del Instituto Nacional de Rehabilitación resulta relevante e importante incorporar en el presente Plan Estratégico dos Lineamientos de Política Nacional, los cuales son:

5. EN RELACIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

5.1 Respetar y hacer respetar, proteger y promover el respeto de los derechos de las personas con discapacidad y fomentar en cada Sector e institución pública su contratación y acceso a cargos de dirección.

5.2 Contribuir a la efectiva participación de las personas con discapacidad en todas las esferas de la vida social, económica, política y cultural del país.

5.3 Erradicar toda forma de discriminación en contra de las personas con discapacidad.

5.4 Implementar medidas eficaces de supervisión para garantizar la difusión y el efectivo cumplimiento de las normas legales que protegen a las personas con discapacidad.

La supervisión del cumplimiento de estas políticas corresponde al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.

6. EN MATERIA DE INCLUSIÓN

6.1 Promover la inclusión económica, social, política y cultural, de los grupos sociales tradicionalmente excluidos y marginados de la sociedad por motivos económicos, raciales, culturales o de ubicación geográfica, principalmente ubicados en el ámbito rural y/o organizados en comunidades campesinas y nativas. Cada Ministerio e institución del Gobierno Nacional destinará obligatoriamente una parte de sus actividades y presupuesto para realizar obras y acciones a favor de los grupos sociales excluidos.

6.2 Desarrollar programas destinados a reducir la mortalidad infantil, prevenir las enfermedades crónicas y mejorar la nutrición de los menores de edad.

6.3 Adoptar medidas de erradicación del trabajo infantil y apoyar la promoción de la paternidad responsable.

6.4 Garantizar el respeto de los derechos de grupos vulnerables, erradicando toda forma de discriminación.

La supervisión del cumplimiento de estas políticas corresponde a la Presidencia del Consejo de Ministros en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.

- El Estado Peruano esta comprometido en resolver en la medida de su disponibilidad presupuestal los principales problemas de salud por ello ha dado muestras de dicho compromiso a través de la emisión de normas legales y técnicas que enumeramos a continuación.
 - Decreto Supremo N° 004–2007–SA, que establece el Listado Priorizado de intervenciones sanitarias, que son de aplicación obligatoria en el Perú.
 - Resolución Ministerial N° 315–2007/MINSA y Resolución Ministerial N° 315–2007/MINSA, respectivamente que aprueban los Flujogramas de atención y la Norma Técnica de Salud para su implementación.

V.2. ANALISIS DE LA SITUACION DE LA DISCAPACIDAD

V.2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD EN EL MUNDO

El explicar la discapacidad en el mundo se orienta hacia intentar abordar el tema segmentando las condiciones discapacitantes y sus resultados hacia los continentes, ya que cada uno de ellos según sus características socio demográficas tienen características particulares y por lo tanto así como el tipo de discapacidad será distinto para cada zona, también la severidad. Como hemos dicho más arriba en el texto todo depende de la evolución del proceso discapacitante y de la población blanco.

Hay en el mundo más de 500 millones de personas con discapacidad (mental, física o sensorial), más de 50 millones en Europa y alrededor de 3,5 millones en España.

El riesgo de discapacidad sobrevenida es menor en Estados Unidos en la actualidad que en la década de los 70, los 80 y los 90, pero esta situación puede prolongarse durante más tiempo ahora que entonces, según una investigación de la Fundación de Seguros de Vida y Salud (LIFE). Actualmente, los principales motivos de discapacidad entre hombres y mujeres de 30 a 59 años son las enfermedades cardiovasculares, las musculoesqueléticas y el cáncer. Las mujeres tienen más riesgo de discapacidad que los hombres en todos los grupos de edad. En el segmento de 25 a 35 años, tienen el triple de posibilidades que sus compañeros varones, y en el de 45 a 55 años de edad, el doble.

Entre los 30 y los 39 años la principal causa de discapacidad femenina está vinculada con complicaciones de los embarazos, mientras que entre los hombres son las dolencias musculoesqueléticas. De los 40 a los 49 años las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de discapacidad masculina, y el cáncer en las mujeres. En el segmento de 50 a 59 años el principal motivo es la enfermedad cardiovascular para ambos grupos, y para las mujeres también el cáncer.

Aproximadamente una de cada cinco personas en los Estados Unidos tiene una discapacidad. Algunas de ellas nacen con la discapacidad. Otras tienen una enfermedad o un accidente que tiene como consecuencia una discapacidad. Algunos individuos desarrollan discapacidades a medida que envejecen

Canadá entre 2001 y 2006 el número de personas que declararon tener una discapacidad aumentó en tres cuartos de millón de personas (+21,2%), alcanzando 4,4 millones en 2006.. Al mismo tiempo, la población sin discapacidad experimentado menor crecimiento, con un incremento del 3,3% para alcanzar 26,2 millones de personas. Como resultado, la tasa nacional de discapacidad aumentó 1,9 puntos porcentuales desde su nivel de 12,4% en 2001 al alcanzar el 14,3% en 2006. En

En cada país del sur de Asia, al menos el **10%** de la población vive con una discapacidad. **La discapacidad y la pobreza están estrechamente vinculados**, la pobreza exacerba la discapacidad, las personas con discapacidad se encuentran entre los más pobres y vulnerables.

Según datos aportados por Eurostat (Statistical Office of the European Communities, oficina europea de estadística), en el año 1996 había en Europa alrededor de 52 millones de personas con edades comprendidas entre los 6 y los 64 años que presentaban alguna discapacidad. La tabla y gráfico siguiente permite corroborar mediante cifras la importancia de este segmento de población, donde se aprecia que Alemania, Reino Unido y Francia son los países con un mayor número de personas con discapacidades sobre la población discapacitada total, representando un 26,7, 21 y 16,8%, respectivamente.

TABLA N° 01.- NUMERO DE DISCAPACITADOS EUROPEOS (6-44A) SOBRE POBLACIÓN TOTAL

	POBLACIÓN EUROPEA TOTAL	POBLACIÓN EUROPEA DISCAPACITADA	% RESPECTO AL TOTAL DE DISCAPACITADOS EN EUROPA
ALEMANIA	81493,3	14098,3	26,7%
REINO UNIDO	58605,8	11076,4	21,0%
FRANCIA	58020,1	8877	16,8%
ITALIA	57300,8	4469,4	8,5%
ESPAÑA	39209,7	3881,7	7,4%
HOLANDA	15459	2859,9	5,4%
PORTUGAL	9916,5	1824,6	3,5%
BÉGICA	10130,6	1306,8	2,5%
FINLANDIA	5107,8	1169,6	2,2%
AUSTRIA	8046,5	1005,8	1,9%
DINAMARCA	5227,9	909,6	1,7%
GRECIA	10454	857,2	1,6%
IRLANDA	3605,1	392,9	0,7%
LUXEMBURGO	409,7	67,1	0,1%
TOTAL	362986,8	52796,3	100,0%

Fuente: Para los datos de la población total de Europa. Censo de población de Eustat (1996) ; para los datos de discapacitados europeos, documento "Disability and Social Participation in Europe", Eurostat 1996

Hay que tener en cuenta que cada país tiene métodos diferentes de clasificación de discapacidades, lo que puede contribuir a la existencia de notables diferencias debido a una interpretación distinta. La Comisión Europea, en su documento titulado "Disability and social participation in Europe", desglosa las discapacidades entre "severas" y "moderadas" anunciando las discrepancias de clasificación existentes por cada país.

En cuanto a la concentración de personas con discapacidad, Finlandia, Reino Unido y Holanda son los países que alcanzan un mayor porcentaje sobre su población total, obteniendo un 22,9, 18,9 y 18,5%, respectivamente.

A parte del envejecimiento que se está produciendo en la población mundial, la mayor movilidad de la población por razones de ocio y trabajo está aumentando los riesgos de sufrir accidentes de tráfico, motivados por el uso de transportes (públicos y privados). Por ejemplo, en España se han registrado en el año 2001, según la Dirección General de Tráfico (DGT), 3.511 accidentes de tráfico, de los que 2.099 han ocasionado heridas graves. A pesar de estas cifras tan alarmantes, se ha apreciado un descenso de 221 heridos graves en términos absolutos durante el periodo 1999-2001.

Otra causa del incremento de las personas con discapacidades son los accidentes laborales. España, por ejemplo, se encuentra entre los países europeos con un mayor índice de siniestralidad laboral, por detrás tan solo de Dinamarca, Suecia y Bélgica. En el primer semestre del año 2002, el número de accidentes graves aumentó en un 7,45% frente al mismo periodo del año anterior. Este aumento evidencia, desgraciadamente, el goteo constante de nuevas personas que entran a formar parte del colectivo de discapacitados.

V.2.2. CONTEXTO LATINOAMERICANO DE LA DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD EN AMERICA LATINA

La discapacidad en las Américas es un tema complejo, de enorme repercusión social y económica, pero del que se carece de datos fehacientes. Los estudios estadísticos son escasos, están desactualizados y son poco precisos; por ello, el trabajo en políticas o programas relacionados con la discapacidad se basa en datos estimados y, en ocasiones, bastante alejados de la realidad de los países.

Las tendencias actuales señalan un aumento cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y por causas externas. Sin duda alguna, los conflictos armados, los

accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad. Otras condiciones que favorecen ese aumento de las discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, el abandono infantil, la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales.

La población de América Latina viene envejeciendo a un ritmo acelerado como consecuencia del descenso de las tasas de natalidad, el aumento de la esperanza de vida así como por la vigencia de derechos humanos y civiles, sobre todo durante la segunda mitad del siglo XX. La urbanización, la industrialización, el uso de tecnologías modernas en el sector salud y la mayor cobertura en educación son factores que modifican la situación epidemiológica. Al mismo tiempo, en los países en desarrollo coexisten patologías de las etapas anteriores, tales como las enfermedades infecciosas, por vectores, parasitarias y nutricionales.

Se calcula que alrededor de 3 a 6% de las personas de 65 a 74 años de edad que viven en los Estados Unidos de América presentan dificultades para realizar al menos una actividad instrumental de la vida diaria (AIVD) o una actividad de la vida diaria (AVD) y que este porcentaje es de 10–20% en personas de 75 años o más. La discapacidad de las personas de mayor edad está asociada con su mayor riesgo de hospitalización, morbilidad y muerte. Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud promovió un estudio multinacional con el objetivo de evaluar las tasas de dificultad para realizar AIVD y AVD en adultos mayores de América Latina y el Caribe y evaluar los factores socio demográficos y sanitarios asociados con estas discapacidades.

En América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad. Por lo menos tres millones de discapacitados se encuentran en los siete países que componen el Istmo Centroamericano; esa cifra es superior a la población de algunos países de la Región. Probablemente, más de un cuarto de la población total de la Región se encuentre afectada directa o indirectamente por la discapacidad de familiares, amistades o miembros de la comunidad. La situación de las personas con discapacidad se caracteriza por extrema pobreza, tasa elevada de desempleo, acceso limitado a los servicios públicos de educación, atención médica, vivienda, transporte, legales y otros; en general, su posición social y cultural es marginada y de aislamiento. Ver Tabla Nº 02 y Tabla Nº 03.

Alrededor de 50% de la población con discapacidad en la Región tiene edad para trabajar (entre 2.250.000 y 2.956.000 personas). Sin embargo, los altos niveles de pobreza y desempleo en la población general, así como la clara relación entre la pobreza y la discapacidad, hacen que la situación de las personas con discapacidad en la Región sea muy grave, ya que la mayoría están desempleadas o excluidas del mercado laboral.

Las tendencias demográficas y los indicadores sociales, tales como la pobreza y la salud, indican que el número de personas discapacitadas y los efectos de la discapacidad sobre el individuo, su familia y su comunidad están en aumento. Las consecuencias generales que la marginación de esas personas tendrá sobre la situación política, económica y social de la sociedad son muy serias.

Cerca del 82% de las personas con discapacidad en Latinoamérica y el Caribe son pobres, lo cual en la mayoría de los casos afecta a su familia. En Panamá los datos PENDIS (Enero 2007) apunta a una prevalencia de 11.3% de la población, llegando a 13.5% en áreas indígenas/rurales. Uno de cada tres hogares tiene PCD y de estos 90,730 hogares viven con capacidad económica muy baja. En Brasil, el censo del 2000 mostró que de los

24,650.000 brasileros con discapacidad (14.6%), el 27% vive en situación de extrema pobreza y el 53% son pobres.

Tabla N° 02.- Prevalencia de la Discapacidad por país (estimación de PCD)

PAÍS	TOTAL DE PERSONAS DISCAPACITADAS	PORCENTAJE
Argentina	2.217.500	6,80
Bolivia	741.382	9,26
Brasil	10.000.000	6,00
Chile	958.500	6,39
Colombia	4.992.000	12,00
Costa Rica	363.480	9,32
Ecuador	1.636.800	13,20
Guatemala	1.887.000	17,00
Honduras	700.000	14,00
México	10.000.000	10,00
Nicaragua	593.880	12,12
Perú	7.882.560	31,28
Uruguay	495.000	15,00
Venezuela	2.370.000	10,00

***Estimación de discapacidad 2000

Tabla N° 03.- Prevalencias actuales de discapacidad en América Latina

PAÍS	DEFINICIÓN	FUENTE/ANO	PREVALENCIA
Argentina	Deficiencia	Censo 1869	2.18%
		Censo 1895	0,64%
		Censo 1914	0,18%
		Censo 1947	0,62%
		Censo 1960	0,15%
	Funcionamiento	ENDI 2002-3	7.1%
Bolivia	Deficiencia	Censo 2001	3.1% Hog.
		Ec. Hog.2001	3.8%
Brasil	Deficiencia	Censo 1991	1,14%
	Funcionamiento	Censo 2001	14,48%
Chile	Deficiencia	CASEN2000	5,3%
	Funcionamiento	En. Cal. Vida 2000	21,7%
		ENDISC2004	12,4%
Colombia	Funcionamiento	Censo 2005	6,3%
Paraguay	Funcionamiento	Encuesta local	3%
Perú	Deficiencia	Censo 1981	NA
		Censo 1993	1,3%
		INR 1993	31,3%
		EHODIS2005	5,7
		Censo/ ENCO2006	8,7%
Uruguay	Funcionamiento	ECH1991-1993	4%
		ENEVISA 1999	8%
		ECH2003-4	11%
Venezuela	Deficiencia	Censo2001	NA

Fuente: BID 2007

V.2.3. CONTEXTO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD EN EL PERU

La rehabilitación en nuestro país a través de los años viene afrontando con una serie de incógnitas y problemas que han sido difíciles de resolver, salvo por algunas orientaciones dadas por el estudio de prevalencia realizado en el 1993, así como el estudio de línea de base del 2005.

Oficialmente, existen varias versiones estadísticas, una que se remonta al Censo Nacional de 1993, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - INEI, que determinó que el 1.3% de la población, es decir, 288,526 personas tenían algún tipo de discapacidad. Otra que proviene de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, titulado "Prevalencia de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en el Perú. 1993", según el cual la discapacidad afecta al 31.28 % de la población peruana.

Los resultados obtenidos de esta encuesta nacional sobre deficiencia, discapacidad y minusvalía fueron las siguientes: La prevalencia de DEFICIENCIAS es de 45. Este mismo estudio encontró que la tasa de prevalencia de DISCAPACIDAD es de 31.28%. En relación a la MINUSVALIA, la prevalencia encontrada fue de 13.08%.

Los resultados al primer trimestre de Encuesta Continua (ENCO) , en el año 2006, realizada en el marco de los Censos Nacionales, permiten al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informar que el 8,7% de la población en el Perú presenta algún tipo de discapacidad visual, verbal, auditiva, motriz o cognitiva.

Estas cifras muestran una diferencia significativa con respecto a la información presentada hace 12 años (censo de 1993), cuando se reportó que la tasa de personas con discapacidad era de apenas 1,3%. La diferencia responde a la mejora en la calidad de la medición que representa el disponer de personal exhaustivamente capacitado y con mayor tiempo para la aplicación de la encuesta censal.

Según los resultados de la ENCO 2006, Lima Metropolitana es la ciudad que con un 10,9% presenta el mayor índice de personas con discapacidad, lejos incluso del promedio nacional, el cual se situó en 8,7%, y muy por encima de los conglomerados provincia rural (8,0%) y provincia urbana (7,6%).

Los servicios de rehabilitación tienen su correlato principal de la población sujeta de programación a atender en cada uno de los departamentos, y es así que basados en el cálculo de la población esperada de PCD en cada departamento es posible calcular la demanda potencial de dichos establecimientos, y su cobertura de atención.

DEPARTAMENTOS	POBLACION PAIS 2006(*)	CON DISCAPAC (8.6 %)	COBERTURA DEL PROGRAMA		
			COMUN. (40 %)	I NIVEL (18 %)	S. REHAB. (12 %)
AMAZONAS	411.000	35.346	14.138	6.362	4.242
ANCASH	1,083.000	93.138	37.255	16.765	11.177
APURIMAC	437.000	37.582	15.033	6.765	4.510
AREQUIPA	1,171.000	100.706	40.282	18.127	12.085
AYACUCHO	659.000	56.674	22.670	10.201	6.801
CAJAMARCA	1,415.000	121.690	48.676	21.904	14.603
CALLAO	843.000	72.498	28.999	13.050	8.700
CUSCO	1,214.000	104.404	41.762	18.793	12.528
HUANCAVELICA	467.000	40.162	16.065	7.229	4.819
HUANUCO	765.000	65.790	26.316	11.842	7.895
ICA	700.000	60.200	24.080	10.836	7.224
JUNIN	1,183.000	101.738	40.695	18.313	12.209
LA LIBERTAD	1,601.000	137.686	55.074	24.783	16.522
LAMBAYEQUE	1,129.000	97.094	38.838	17.477	11.651
LIMA	8,184.000	900.240	360.096	162.043	108.029
LORETO	913.000	78.518	31.407	14.133	9.422
MADRE DE DIOS	103.000	8.858	3.543	1.594	1.063
MOQUEGUA	166.000	14.276	5.710	2.570	1.713
PASCO	277.000	23.822	9.529	4.288	2.859
PIURA	1,695.000	145.770	58.308	26.239	17.492
PUNO	1,299.000	111.714	44.686	20.109	13.406
SAN MARTIN	703.000	60.458	24.183	10.882	7.255
TACNA	291.000	25.026	10.010	4.505	3.003
TUMBES	204.000	17.544	7.018	3.158	2.105
UCAYALI	425.000	36.550	14.620	6.579	4.386
TOTAL	27,338.000	2547.484	1018.994	458.547	305.698

Fuente: HIS-DIS

Lima y Callao juntos deberían aportar a la atención general con aproximadamente 123,000 PCD que tuvieran una o más discapacidades severas sujetas de ser atendidas en el Instituto Nacional de Rehabilitación como nuevas en el establecimiento para el año 2006 de las cuales solo se atendieron el 17.8% de esta población objetivo.

En el INR la producción de los servicios es una manera de medir el acceso que puede tener la población a servicios especializados en rehabilitación. En el Instituto Nacional de Rehabilitation el comportamiento de la demanda ha sido variable en estos últimos 6 años y específicamente en lo relacionado con los atendidos en el establecimiento de salud esta variación ha sido notoria.

Se observa que los pacientes nuevos atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación representan el 26% de todos los que fueron atendidos en el establecimiento, mientras que en el nivel nacional 50,52% de todas las atenciones representan a los que por primera vez son atendidos en algún servicio de rehabilitación en el país.

En el Perú se tienen Servicios de Rehabilitación en 16 Direcciones de Salud en donde durante el año 2007 se han atendido 72,926 Personas con Discapacidad, generándose en ellos 132,279 atenciones. La DISA I Callao aporta a la demanda de población el 34.17% de todos los atendidos, seguido por la DISA V – Lima Ciudad con el 28.77% de los atendidos. Tal como mostramos en la imagen q continuación la producción de las DISAS en el interior del país. Es así que observamos que las DISAS en el interior como Arequipa (2,552), Chavín (2,180) y Lambayeque (1,291) son las que tienen mas personas con discapacidad atendidas.

DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE REHABILITACION POR DIRECCIONES DE SALUD A NIVEL NACIONAL 2007

DIRECCIONES DE SALUD	ATENDIDOS	ATENCIONES
DISA I -Callao	24,923	47,548
DISA II -Lima Sur	3,720	7,287
DISA III -Lima Norte	3,987	6,655
DISA IV -Lima Este	8,150	12,471
DISA V -Lima Ciudad	20,985	41,830
DIRESA TUMBES	292	375
DIRESA LAMBAYEQUE	1,291	2,517
DIRESA CAJAMARCA	897	1,433
DIRESA LA LIBERTAD	857	1,061
DIRESA CHAVIN	2,180	2,977
DIRESA ICA	417	609
DIRESA AYACUCHO	995	1,372
DIRESA AREQUIPA	2,552	4,163
DIRESA CUSCO	636	713
DIRESA PUNO	612	714
DIRESA TACNA	432	554
TOTAL:	72,926	132,279

Fuente : HS-DIS 2007

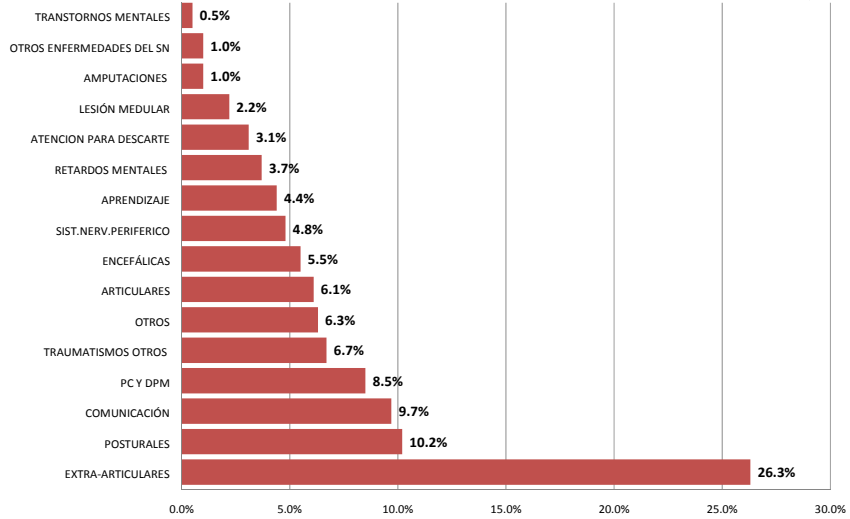
Oficina de Epidemiología



De las 72,926 atendidos en los Servicios de Rehabilitación en el país, los procesos discapacitantes mas prevalentes que representan al 80% de todos los atendidos corresponden a los daños extra articulares, posturales, de la comunicación, parálisis

cerebral, traumatismos, y las encefálicas. En la grafica a continuación evidenciamos la distribución de las prevalencias del año 2007.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN , PERÚ 2007
PREVALENCIA DE DAÑOS GENERADORES DE DISCAPACIDAD

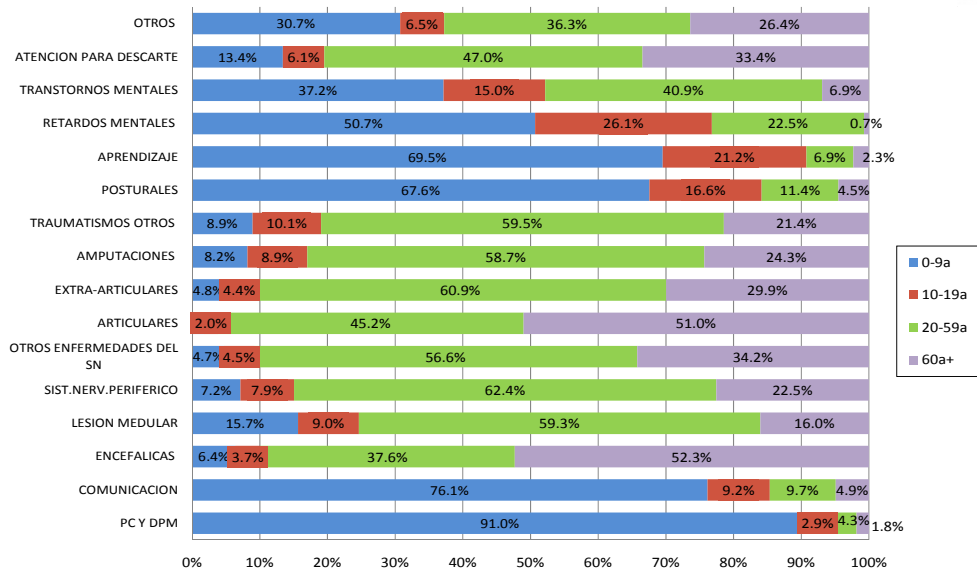


Fuente : HIS-DIS 2007

Oficina de Epidemiología

La distribución de los procesos discapacitantes según la edad de las PCD se comporta según el perfil general de la población. En la Grafica a continuación se muestra esta distribución. En donde observamos que daños como la Parálisis Cerebral, de la comunicación, posturales, del aprendizaje y los retardos mentales son los más prevalentes en el grupo de menores de 10 años.

SERVICIOS DE REHABILITACION PERU, 2007
DISTRIBUCION DE DAL



Fuente : HIS-DIS 2007

Oficina de Epidemiología

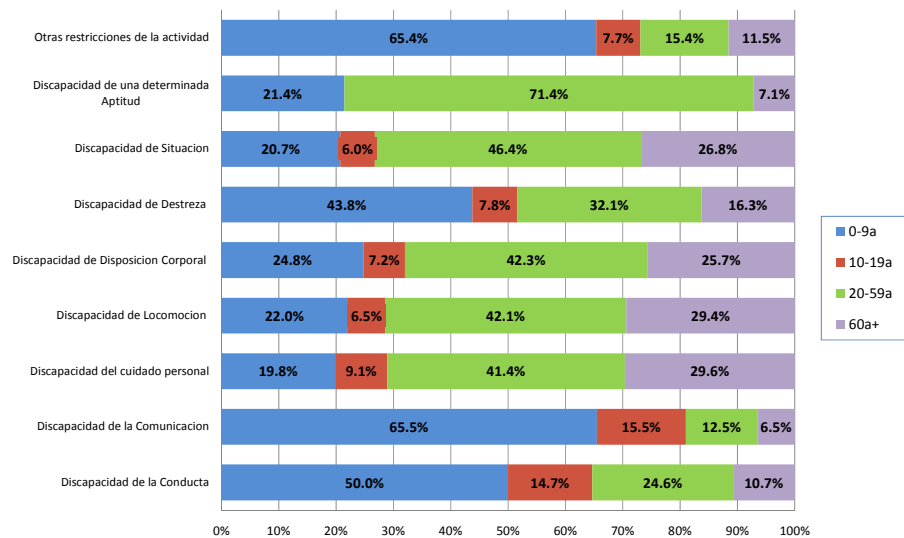
En el caso de la población económicamente activa (de 20 a 58 años) son los procesos de daños encefálicos, de lesiones medulares, del sistema nervioso periférico, las articulares y extra articulares, así como los traumatismos. En la población de adulto mayor (mayores de 60 años) los daños encefálicos, los articulares y otras del sistema nervioso central son los mas prevalentes para el grupo.

Las Discapacidades identificadas han sido 81,371 de 72,926 atendidos, obteniendo 1.1 discapacidades por cada atendido, índice que es bajo para los promedios de atenciones en servicios de rehabilitación, en donde en los años anteriores como promedio histórico esta cerca de 3.5 discapacidades por atendido. Durante el año 2007 de los 72,926 atendidos en el sistema nacional de rehabilitación solo 47, 663 (65.4%) tuvieron alguna discapacidad, así esta corrección poblacional modifica el índice de discapacidad/PCD es de 1.70 con una diferencia poco significativa con respecto a la media histórica nacional.

Los tipos de discapacidades mas frecuentes en el año 2007 han sido las discapacidades de la locomoción (28.61%), de la Disposición corporal (19.01%), de la comunicación (15.42%).

Los tipos de discapacidades se enfocan en grupos de edad característicos para ellos, pero necesariamente un tipo de discapacidad es excluyente para otros grupos de edad, aun cuando sean prevalentes en uno en particular. Es así que el grupo de menores de 10 años las discapacidades de la conducta (50%), discapacidades de la comunicación (65.5%), discapacidad de la destreza (43.80%), y otras restricciones de la actividad (65.4%).

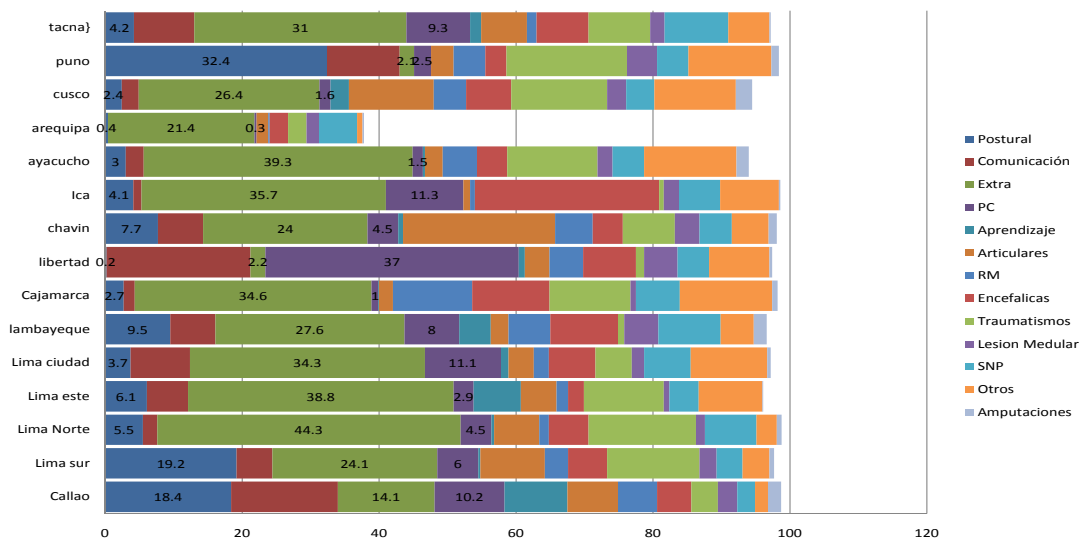
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN , PERÚ 2007
DISTRIBUCIÓN DE TIPOS DE DISCAPACIDAD SEGÚN EDAD



Fuente : HIS-DIS 2007

La distribución de los daños que producen discapacidades distribuidos según direcciones de salud tiene una amplia variabilidad, en la grafica siguiente observamos que las enfermedades extra articulares han sido en el año 2007 los de mayor prevalencia y similares en cada uno de las direcciones de salud del país. Asimismo es importante la prevalencia de los daños de la comunicación en donde en la DISA la Libertad muestra mayor prevalencia como generador de discapacidad (21%).

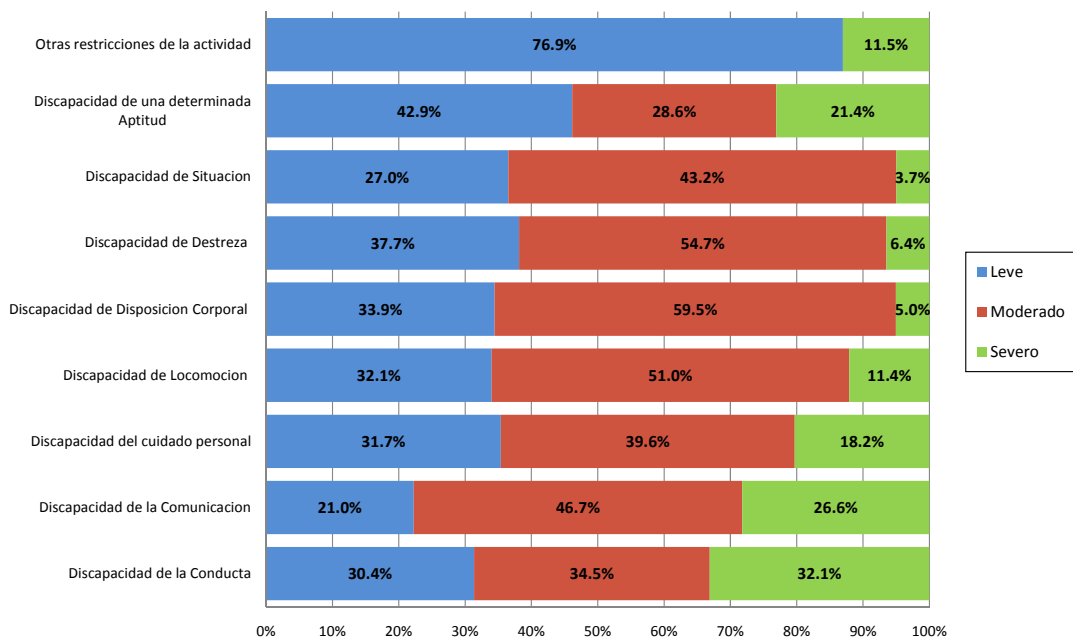
Distribucion de daños generadores de Discapacidad(%) DISAs PERU , 2007



Fuente: Sistema de Registro HIS-DIS 2007

La gravedad de la Discapacidad de las personas atendidas en el sistema nacional de atención de la rehabilitación ha establecido un perfil de gravedad según las definiciones operacionales de leve, moderada y severa en donde la discapacidad de tipo leve ha sido identificada en el año 2007 como del 23%, la moderada 29.9% y la severa 9.6%.

SERVICIOS DE REHABILITACION. PERU 2007 DISTRIBUCION DE LA GRAVEDAD DEL TIPO DE DISCAPACIDAD



Fuente: HIS-DIS 2007

Al comparar la gravedad de la discapacidad identificada según los tipos de discapacidad observamos que las discapacidades de la conducta (32.1%) discapacidades de la comunicación (26.6%) y del cuidado personal (18.2%) son aquellas que están calificadas como de mayor gravedad como discapacidad severa. Mientras que las discapacidades leves están indistintamente calificadas en todos los tipos de discapacidad.

V.3. GENERALIDADES

El Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”, realiza sus actividades en base a los lineamientos de la Política Sectorial, su Misión y Visión, a fin de contribuir a la Rehabilitación Integral de la persona con discapacidad, optimizando el uso de los recursos disponibles, mediante una gestión efectiva que conlleve al logro de los objetivos previstos a corto, mediano y largo plazo.

V.3.1. DENOMINACION, NATURALEZA Y FINES

El Instituto Nacional de Rehabilitación se inauguró un 14 de Julio de 1,962 por el Presidente de la República Dr. Manuel Prado Ugarteche. Inicialmente funcionaba en una casona del distrito de San Miguel donde transcurrió su primera década. El 8 de Julio de 1964 obtuvo mediante Ley Nº 15085 el reconocimiento de sus servicios como bien público y con el Decreto Ley Nº 17523 Ley Orgánica de Salud del 21 de Enero de 1969 es incorporado al Gobierno Central con la denominación de “Instituto Nacional de Rehabilitación”. En 1971 se trasladó a su actual local en el Jr. Andrés Santiago Vigil Nº 535 Bellavista Callao, antiguo Hospital Naval remodelado por la Asociación Instituto Peruano de Rehabilitación, donde continúa siendo el centro de investigación, normas, docencia y atención para las personas con discapacidad y alma mater de miles de profesionales y técnicos de salud donde adquieren los conocimientos y mística de servicio al prójimo que ha sabido imprimir su fundadora. Con Resolución Ministerial No.043-2002-SA/DM de fecha 09 de Enero del 2002, el Instituto Nacional de Rehabilitación es denominado **Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”**, en reconocimiento a la fructífera y destacada trayectoria en el desarrollo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, pionera de la Rehabilitación en el Perú y ser fundadora de nuestra Institución.

Con Decreto Supremo Nº 014-2002-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, cambiándose la denominación de Instituto Nacional de Rehabilitación a **Instituto Especializado de Rehabilitación**, y el año 2005 con Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, vuelve a su actual denominación: **Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”**.

El Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”, es un Órgano Desconcentrado del Ministerio de Salud., encargado de la Investigación, Docencia y atención especializada en el campo de la Rehabilitación. Es el Órgano rector de las acciones de Rehabilitación a nivel nacional, y entidad dinamizadora de todo un sistema descentralizado de atención a la persona con discapacidad, en coordinación con los Servicios de Rehabilitación implementados para diversificar acciones según niveles de atención y de acuerdo a la complejidad de las discapacidades.

V.3.2. VISION MINSA AL 2020

SALUD PARA TODOS Y TODAS

En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana.

Con una Sociedad Civil Organizada, Gobiernos Locales, Gobiernos Regionales y Gobierno Nacional que logran ejecutar acuerdos concertados para el bien común.

Así mismo, las instituciones del Sector Salud se articularán para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente, que brinda servicios de calidad y accesibles, que garantiza un plan universal de prestaciones integrales de salud a través del aseguramiento universal y un sistema de protección social.

V.3.3. MISION INR

El Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” es la organización desconcentrada del Ministerio de Salud del mas alto nivel de complejidad y capacidad resolutive, encargada de brindar asistencia altamente especializada, desarrollar investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y normas en nuestro campo para su difusión, implementación y mejoramiento continuo de los servicios; así como la docencia enseñanza para el desarrollo de competencias del potencial humano del sector. Basa sus funciones en la articulación intra e intersectorial, la cooperación científica nacional e internacional y en los principios de ética, equidad, calidez y mejoramiento contínuo.

V.3.4. VALORES INSTITUCIONALES

ETICA, Virtud de nuestros directivos y personal de actuar con moral dentro y fuera de la organización.

EQUIDAD, Reconocimiento de la organización de dar a cada quien lo que le corresponde, con responsabilidad y valoración de la individualidad.

CALIDEZ, Se dará en una relación muy respetuosa donde se dignifique a la persona, respetando sus modos de vivir, pensar y el ritmo de cada individualidad en la que también se considera sus sentimientos, emociones, pensamientos y necesidades.

MEJORAMIENTO CONTINUO, A través de la gestión de la calidad se buscará siempre la excelencia y la innovación que nos permita ser eficientes, orientando nuestros esfuerzos a satisfacer las necesidades y expectativas de las personas con discapacidad que acuden al Instituto.

V.3.5. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

POLÍTICA DE INVESTIGACIÓN, se priorizara el desarrollo de las actividades de investigación, haciéndose extensivo su apertura en los diferentes niveles de complejidad asistenciales.

POLÍTICA DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, Fomentar y aplicar permanentemente criterios de prevención y promoción como conceptos previos en todos los procesos y actividades asistenciales con énfasis en la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC, para lo cual desarrollara el sistema de vigilancia epidemiológica.

POLÍTICA ASISTENCIAL, cubrir la demanda que corresponda al nivel de complejidad del Instituto, con oportunidad e integridad; teniendo en cuenta la dignidad de las personas y con preferencia para aquellos con desventaja socio-económica.

POLÍTICA DE DOCENCIA Y CAPACITACION, fomentar y desarrollar el potencial de los recursos humanos, desde su formación hasta su perfeccionamiento para el mejor desempeño de sus funciones.

POLÍTICA DE CALIDAD, aplicar permanentemente criterios de calidad en todos los procesos y actividades, buscando el mejoramiento continuo y la satisfacción del usuario interno y externo.

POLÍTICA DE LIDERAZGO, mantener permanentemente el liderazgo como ente rector en Medicina de Rehabilitación a nivel nacional.

POLÍTICA ECONOMICA, racionalizar permanentemente los recursos financieros de la institución, aplicando criterios de equidad, en los procesos y actividades institucionales.

POLÍTICA LABORAL, mantener permanentemente la paz laboral, respetando a la persona humana y la dignidad de los trabajadores, con una clara conciencia de que ellos son los principales agentes del cambio.

POLÍTICA DE MODERNIZACION INSTITUCIONAL, el instituto debe disponer de información confiable y oportuna lo que significa tomar decisiones adecuadas para una buena administración institucional. En este sentido se establecerá un sistema de información institucional integrando los sistemas administrativos y asistenciales.

V.4. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

V.4.1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS MINSA – PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD.

El Ministerio de Salud llevo a cabo un proceso técnico, político y social par la elaboración del Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS), por lo que se espera constituya un instrumento de Gestión y de Implementación de las Políticas de salud, de este se rescata los siguientes objetivos que toda institución de salud debe tener en cuenta en su gestión.

V.4.1.1. OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2007-2020.

Objetivo1: Reducir la Mortalidad Materna.

Reducir el embarazo en adolescentes.
Reducir complicaciones del embarazo, parto, post parto.
Ampliar el acceso a la planificación familiar.

Objetivo 2: Reducir la Mortalidad Infantil

Reducir la enfermedad y la muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica.

Objetivo 3: Reducir la Desnutrición Infantil.

Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en las niñas y niños menores de 5 años especialmente de las regiones con mayor pobreza.

Objetivo 4: Controlar las Enfermedades Transmisibles.

Controlar la tuberculosis, la infección por el virus del HIV el SIDA y la malaria.

Objetivo 5: Controlar las enfermedades Transmisibles Regionales:

Control del dengue, leishmaniosis, enfermedad de chagas y bartonelosis.

Objetivo 6: Mejorar la Salud Mental.

Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano.

Objetivo 7: Controlar las Enfermedades Crónico Degenerativas.

Prevención y control de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio ya accidente cerebro vascular.

Objetivo 8: Reducir Mortalidad por Cáncer.

Reducir mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de estomago, próstata y pulmón.

Objetivo 9: Reducir la Mortalidad por Accidentes y Lesiones Intencionales.

Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito mediante la prevención y educación.

Objetivo 10: Mejorar la Calidad de Vida del Discapitado.

Disminuir la discapacidad de rehabilitación y ampliar el acceso de las personas con discapacidad a una Atención Integral de Salud.

Objetivo 11: Mejorar la Salud Bucal.

Disminuir las enfermedades de la cavidad bucal.

V.4.1.2. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD 2007-2011

Objetivo 1: Aseguramiento Universal.

Lograr el aseguramiento universal en salud otorgando prestaciones con garantías de oportunidad y calidad.

Objetivo 2: Descentralización.

Gobiernos regionales y locales ejercen plenamente sus funciones en material de salud.

Objetivo 3: Mejora de la oferta y Calidad de los Servicios.

Ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios.

Objetivo 4: Rectoría.

Consolidar la rectoría de la Autoridad Sanitaria.

Objetivo 5: Financiamiento.

Incrementar el financiamiento y mejorar la calidad del gasto en salud.

Objetivo 6: Recursos Humanos:

Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de la salud de la población.

Objetivo 7: Medicamentos.

Asegurar el acceso universal a medicamentos de calidad y garantizar así como el uso racional de los mismos.

Objetivo 8: Participación Ciudadana.

Crear las condiciones en el Sistema de Salud que garantice la participación ciudadana en la gestión de salud y en el cumplimiento de sus deberes y derechos.

V.4.1.3. OBJETIVOS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.

Objetivo 1: Saneamiento Básico.

Ampliar el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico con énfasis en la infraestructura a través de la coordinación interinstitucional y la participación comprometida de la población.

Objetivo 2: Pobreza y Programas Sociales.

Mejorar las condiciones de inclusión social de las familias y comunidades, sobre todo en las zonas de pobreza y pobreza extrema a través de la implementación de políticas y la función, integración y articulación de los programas sociales.

Objetivo 3: Medio Ambiente

Promover un ambiente saludable, control de vectores transmisores de enfermedades, para mejorar las condiciones de salud de la población, de manera multisectorial y descentralizada con participación de los actores sociales.

Objetivo 4: Salud Ocupacional.

Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo para reducir la carga de mortalidad y discapacidad debida a la exposición ocupacional.

Objetivo 5: Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Prácticas de alimentación y nutrición saludables en las familias con niños menores de 5 años, mujeres gestantes y madres que dan d lactar.

Objetivo 6: Seguridad Ciudadana.

Mejorar la seguridad ciudadana, reduciendo los niveles de violencia urbana y delitos de alto impacto, para mejorar el bienestar de la población.

Objetivo 7: Educación

Desarrollar una Política de Estado que consolide la promoción de una cultura de salud, (estilos de vida y entornos saludables) intrasectorial, con una participación activa de la Sociedad en general.

V.4.1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS INR – PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2008 - 2012.

Los objetivos del Plan Estratégico Institucional 2008 – 2012 del Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” se sustentan en los Objetivos del Milenio, Compromisos del Estado, Lineamientos de Política Nacional, Lineamientos del Plan Nacional Concertado de Salud y sus Objetivos.

Objetivo Estratégico 1: Reducir la prevalencia de Discapacidades Moderadas y Severas por daños prevalentes a través de la prevención secundaria y terciaria en medicina de rehabilitación.

Objetivo Estratégico 2: Desarrollar el sistema de inteligencia sanitaria en discapacidad.

Objetivo Estratégico 3: Propiciar las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos de discapacidad con las estrategias sanitarias nacionales.

Objetivo Estratégico 4: Mejorar la oferta de servicios de salud en Medicina de Rehabilitación de alta complejidad que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación a fin de lograr la integración o reintegración de las personas con discapacidad.

Objetivo Estratégico 5: Mejorar el acceso, disponibilidad y uso racional de medicamentos y ayudas biomecánicas para las Personas Con Discapacidad.

Objetivo Estratégico 6: Fortalecer las competencia del capital humano del Sector Salud en Medicina de Rehabilitación a través del sistema nacional de educación y la cooperación científica y tecnológica nacional e internacional.

Objetivo Estratégico 7: Consolidar la descentralización en salud a través de la transferencia efectiva de tecnologías en medicina de rehabilitación.

Objetivo Estratégico 8: Fortalecer el rol normativo, rector, asesor y de investigación en Medicina de Rehabilitación a nivel nacional.

Objetivo Estratégico 9: Fortalecer y optimizar la gestión Institucional en el INR con base en el planeamiento estratégico, operativo y enfoque de resultados.

Objetivo Estratégico 10: Impulsar la incorporación de la atención de discapacidad en el Sistema Nacional de Aseguramiento en Salud.

V.4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS – PEI – INR 2008 - 2012.

- Objetivo Específico 1** : Brindar 5`816,667 atenciones en medicina de rehabilitación.
- Objetivo Específico 2** : Fortalecer la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- Objetivo Específico 3** : Cumplir con los objetivos que correspondan al Instituto Nacional de Rehabilitación en el Plan de Igualdad de Oportunidades 2009 - 2018.
- Objetivo Específico 4** : Fortalecer el subsistema de vigilancia en discapacidad basado en fuentes primarias y secundarias (HIS-DIS y el INR-DIS).
- Objetivo Específico 5** : Generar información adecuada y oportuna, así como evidencias para las intervenciones en salud.
- Objetivo Específico 6** : Formular propuestas técnico normativas en promoción de la salud, prevención y control de riesgos de discapacidad
- Objetivo Específico 7** : Mejoramiento del acceso de la población con discapacidad a servicios de salud.
- Objetivo Específico 8** : Mejorar la calidad y desarrollo de las UPS del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Objetivo Específico 9** : Disponer de ayudas biomecánicas seguros, eficaces y de alta calidad para las PCD.
- Objetivo Específico 10** : Disponer y hacer uso racional de productos farmacéuticos seguros, eficaces y de alta calidad para las PCD.
- Objetivo Específico 10** : Fortalecer la gestión y el desarrollo de RR.HH en el Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Objetivo Específico 12** : Fortalecer los procesos de docencia y enseñanza especializada en Medicina de Rehabilitación a nivel nacional.
- Objetivo Específico 13** : Fortalecer las acciones de cooperación científica nacional e internacional del Instituto Nacional de Rehabilitación,
- Objetivo Específico 14** : Formular propuestas técnico normativas en medicina de rehabilitación para el nivel nacional.
- Objetivo Específico 15** : Articular el acceso a servicios de atención altamente especializada en Medicina de Rehabilitación para las personas con discapacidad con enfoque de derechos, equidad, interculturalidad y de calidad a fin de lograr su inclusión social.
- Objetivo Específico 16** : Impulsar el desarrollo de la investigación en discapacidad acorde a las prioridades sanitarias nacionales.
- Objetivo Específico 17** : Promover la participación ciudadana para lograr la integración socioeconómica de las PCD.
- Objetivo Específico 18** : Promover la articulación intra e intersectorial.
- Objetivo Específico 19** : Mejoramiento de la calidad y eficiencia del financiamiento institucional a través del desarrollo de gestión por resultados.
- Objetivo Específico 20** : Lograr financiamientos de la Cooperación Nacional e Internacional.
- Objetivo Específico 21** : Lograr la incorporación de la atención de discapacidad en el PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud).

V.5. MATRICES CONSOLIDADAS DEL PEI 2008 - 2012

FORMATO I

FORMATO 1

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2008 - 2012

INSTITUCIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"

Diagnóstico General

En el INR la producción de los servicios es una manera de medir el acceso que puede tener la población a servicios especializados en rehabilitación. En el Instituto Nacional de Rehabilitación el comportamiento de la demanda ha sido variable en estos últimos 6 años y específicamente en lo relacionado con los atendidos en el establecimiento de salud esta variación ha sido notoria. Se observa que los pacientes nuevos atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación representan el 26% de todos los que fueron atendidos en el establecimiento, mientras que en el nivel nacional 50,52% de todas las atenciones representan a los que por primera vez son atendidos en algún servicio de rehabilitación en el país.

En el Perú se tienen Servicios de Rehabilitación en 16 Direcciones de Salud en donde durante el año 2007 se han atendido 72,926 Personas con Discapacidad, generándose en ellos 132,279 atenciones. La DISA I Callao aporta a la demanda de población el 34.17% de todos los atendidos, seguido por la DISA V – Lima Ciudad con el 28.77% de los atendidos. Tal como mostramos en la imagen q continuación la producción de las DISAS en el interior del país. Es así que observamos que las DISAS en el interior como Arequipa (2,552), Chavín (2,180) y Lambayeque (1,291) son las que tienen mas personas con discapacidad atendidas.

De las 72,926 atendidos en los Servicios de Rehabilitación en el país, los procesos discapacitantes mas prevalentes que representan al 80% de todos los atendidos corresponden a los daños extra articulares, posturales, de la comunicación, parálisis cerebral, traumatismos, y las encefálicas. En la grafica a continuación evidenciamos la distribución de las prevalencias del año 2007.

La distribución de los procesos discapacitantes según la edad de las PCD se comporta según el perfil general de la población. En la Grafica a continuación se muestra esta distribución. En donde observamos que daños como la Parálisis Cerebral, de la comunicación, posturales, del aprendizaje y los retardos mentales son los más prevalentes en el grupo de menores de 10 años.

En el caso de la población económicamente activa (de 20 a 58 años) son los procesos de daños encefálicos, de lesiones medulares, del sistema nervioso periférico, las articulares y extra articulares, así como los traumatismos. En la población de adulto mayor (mayores de 60 años) los daños encefálicos, los articulares y otras del sistema nervioso central son los mas prevalentes para el grupo.

Las Discapacidades identificadas han sido 81,371 de 72,926 atendidos, obteniendo 1.1 discapacidades por cada atendido, índice que es bajo para los promedios de atenciones en servicios de rehabilitación, en donde en los años anteriores como promedio histórico esta cerca de 3.5 discapacidades por atendido. Durante el año 2007 de los 72,926 atendidos en el sistema nacional de rehabilitación solo 47,663 (65.4%) tuvieron alguna discapacidad, así esta corrección poblacional modifica el índice de discapacidad/PCD es de 1.70 con una diferencia poco significativa con respecto a la media histórica nacional.

Los tipos de discapacidades mas frecuentes en el año 2007 han sido las discapacidades de la locomoción (28.61%), de la Disposición corporal (19.01%), de la comunicación (15.42%).

Los tipos de discapacidades se enfocan en grupos de edad característicos para ellos, pero necesariamente un tipo de discapacidad es excluyente para otros grupos de edad, aun cuando sean prevalentes en uno en particular. Es así que el grupo de menores de 10 años las discapacidades de la conducta (50%), discapacidades de la comunicación (65.5%), discapacidad de la destreza (43.80%), y otras restricciones de la actividad (65.4%).

La distribución de los daños que producen discapacidades distribuidos según direcciones de salud tiene una amplia variabilidad, observamos que las enfermedades extra articulares han sido en el año 2007 los de mayor prevalencia y similares en cada uno de las direcciones de salud del país. Asimismo es importante la prevalencia de los daños de la comunicación en donde en la DISA la Libertad muestra mayor prevalencia como generador de discapacidad (21%).

La gravedad de la Discapacidad de las personas atendidas en el sistema nacional de atención de la rehabilitación ha establecido un perfil de gravedad según las definiciones operacionales de leve, moderada y severa en donde la discapacidad de tipo leve ha sido identificada en el año 2007 como del 23%, la moderada 29.9% y la severa 9.6%

Al comparar la gravedad de la discapacidad identificada según los tipos de discapacidad observamos que las discapacidades de la conducta (32.1%) discapacidades de la comunicación (26.6%) y del cuidado personal (18.2%) son aquellas que están calificadas como de mayor gravedad como discapacidad severa. Mientras que las discapacidades leves están indistintamente calificadas en todos los tipos de discapacidad.

Rol Estratégico Institucional

En el marco del Subproceso Recuperación y Rehabilitación de la Salud, que tiene como objetivo funcional el recuperar la salud y rehabilitar las capacidades del paciente, el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" define su rol estratégico en términos de prestación de servicios de salud orientados fundamentalmente, a la Atención especializada en Rehabilitación de funciones mentales y motoras de las capacidades de las Personas con Discapacidad, Investigación especializada, Desarrollo de tecnologías sanitarias, Docencia especializada, Formulación de propuestas técnico – normativas, y Actividades de Cooperación Científica Nacional e Internacional en Medicina de Rehabilitación como herramientas indispensables para el buen manejo de su realidad y su fortalecimiento en el tercer nivel de complejidad.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

- Lograr eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en el campo de rehabilitación.
- Ampliar el servicio de atención sobre todo para los más pobres y vulnerables, para evitar la cronicidad de las enfermedades por la no atención oportuna, además de una política de acceso a los medicamentos.
- Mejorar el sistema de atención para que incluya la promoción y prevención del diagnóstico temprano, el seguimiento de las personas con discapacidad y la rehabilitación como función transversal.

INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

- Lograr los resultados de las investigaciones específicas encargadas por la Alta Dirección y Direcciones Generales técnico-normativas del Ministerio de Salud.
- Incrementar continuamente la calidad y productividad de la investigación especializada en el campo de la Rehabilitación.
- Lograr la adquisición y aplicación de nuevos conocimientos científicos y tecnológicos de la investigación, docencia y atención especializada en el campo de la Rehabilitación.

NORMATIVA RECTORA

- Innovar permanentemente las normas métodos y técnicas para la salud en el campo de la rehabilitación.

REINSERCIÓN SOCIAL.

- Expansión de los programas de reinserción social de las personas con discapacidad mediante un abordaje y compromiso intra e intersectorial.

Prioridades

Disminuir los años de vida perdidos por discapacidades severas y/o moderadas.

Ampliación de la Cobertura de Atención y disminución de la exclusión.

Mayor acceso a los medicamentos y ayudas biomecánicas.

Desarrollar los programas de promoción y prevención.

Reforzar la rectoría del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Fortalecer las Políticas de Recursos Humanos.

Lograr el Financiamiento suficiente

Lograr mayor participación intersectorial y ciudadana

FORMATO II

FORMATO 2

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2008 - 2012

INSTITUCIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"

Diagnostico Programa Principal	Acciones a Implementar 2008 - 2012
Programa 1: SALUD INDIVIDUAL - Principales Problemas:	
Incremento de la Prevalencia de Enfermedades crónico degenerativas discapacitantes.	Extensión del aseguramiento en Salud a través de las acciones del Seguro Integral de Salud.
Discapacidades de la conducta, comunicación y cuidado personal generan discapacidades severas.	Aplicación del modelo de atención integral en los niveles de menor complejidad.
Reducida cobertura y aumento de la exclusión	Reducir las barreras de acceso de las personas con discapacidades severas y/o moderadas a los servicios de medicina de rehabilitación.
Limitado acceso a los medicamentos y ayudas biomecánicas	Abastecimiento oportuno y uso racional de medicamentos y ayudas biomecánicas en el Instituto Nacional de Rehabilitación.
Aplicación muy limitada de políticas de recursos humanos	Desarrollo de los recursos humanos en el INR.
Financiamiento insuficiente	Mejorar el financiamiento y dirigirlo hacia los más pobres
Programa 2 : SALUD COLECTIVA - Principales Problemas:	
Deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles e incremento de las no transmisibles	Propiciar las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos de discapacidad
Reducida cobertura y aumento de la exclusión	Reducir las barreras de acceso de la población a los servicios de salud
Aplicación muy limitada de políticas de recursos humanos	Desarrollo de los recursos humanos
Financiamiento insuficiente	Buscar nuevas formas de financiamiento dirigida a los sectores más pobres
Limitada participación intersectorial y ciudadana en medicina de rehabilitación	Incrementar la participación intersectorial y ciudadana en las acciones de salud
Programa 3: ADMINISTRACION - Principales problemas:	
Gestión administrativa con procesos lentos y enfoque de corto plazo.	Optimizar la gestión administrativa con base en el planeamiento estratégico y enfoque de resultados.
OTROS PROGRAMAS:	
Ausencia de Planeamiento Estratégico en años previos.	Optimizar la gestión administrativa con base en el planeamiento estratégico y enfoque de resultados.

Nota: Relacionar los Problemas con las Acciones a Implementar

FORMATO III

FORMATO 3

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2008 - 2012 - Programas y Objetivos Generales

INSTITUCIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"

Misión

El Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" es la organización desconcentrada del Ministerio de Salud del mas alto nivel de complejidad y capacidad resolutive, encargada de brindar asistencia altamente especializada, desarrollar investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y normas en nuestro campo para su difusión, implementación y mejoramiento continuo de los servicios; así como la docencia enseñanza para el desarrollo de competencias del potencial humano del sector. Basa sus funciones en la articulación intra e intersectorial, la cooperación científica nacional e internacional y en los principios de ética, equidad, calidez y mejoramiento continuo.

Visión Institucional

SALUD PARA TODOS Y TODAS

En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana.

Con una Sociedad Civil Organizada, Gobiernos Locales, Gobiernos Regionales y Gobierno Nacional que logran ejecutar acuerdos concertados para el bien común.

Así mismo, las instituciones del Sector Salud se articularán para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente, que brinda servicios de calidad y accesibles, que garantiza un plan universal de prestaciones integrales de salud a través del aseguramiento universal y un sistema de protección social.

Programa/Objetivo Estratégico General (en orden de prioridad)	Tipo de Indicador	Unidad de medida	Cuantificación Anual					TOTAL 2008-2012
			2008	2009	2010	2011	2012	
Programa 1: Salud Individual	Recursos	miles de nuevos soles	17.180.074	18.296.779	19.577.553	20.987.137	22.435.250	98.476.793
Objetivos:								
1.- Reducir la prevalencia de Discapacidades Moderadas y Severas por daños prevalentes a través de la prevención secundaria y terciaria en medicina de rehabilitación.								
2.- Mejorar la oferta de servicios de salud en Medicina de Rehabilitación de alta complejidad que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación a fin de lograr la integración o reintegración de las personas con discapacidad.								
3.- Mejorar el acceso, disponibilidad y uso racional de medicamentos y ayudas biomecánicas para las PCD.								
4.- Fortalecer las competencias del capital humano del Sector Salud en Medicina de Rehabilitación a través del sistema nacional de educación y la cooperación científica y tecnológica nacional e internacional.								
5.- Fortalecer el rol normativo, rector, asesor y de investigación en Medicina de Rehabilitación a nivel nacional.								
6.- Impulsar la incorporación de la atención de discapacidad en el Sistema Nacional de Aseguramiento en Salud.								
Indicador: Porcentaje de niños y adolescentes con discapacidad atendidos en el INR en condiciones de integración en el sistema educativo nacional que se encuentren estudiando en el período de evaluación.	Resultado	Porcentaje de Inserción	80	80	85	85	90	
Programa 2: Salud Colectiva	Recursos	miles de nuevos soles	1.002.029	1.169.074	1.245.072	1.309.175	1.384.086	6.109.436
Objetivos:								
1.- Desarrollar el sistema de inteligencia sanitaria en discapacidad.								
2.- Propiciar las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos de discapacidad con las estrategias sanitarias nacionales.								
3.- Consolidar la descentralización en salud a través de la transferencia efectiva de tecnologías en medicina de rehabilitación.								
Indicador: Porcentaje de DRESAS/DISAS sensibilizadas en la estrategia RBC para su implementación en sus redes y microrredes	Resultado	Porcentaje	9,0	10,0	12,0	14,0	16,0	
Programa 3: Administración	Recursos	miles de nuevos soles	500.000	600.000	700.000	800.000	900.000	3.500.000
Objetivo:								
1.- Fortalecer y optimizar la gestión Institucional en el INR con base en el planeamiento estratégico, operativo y enfoque de resultados.								
Programa: Otros Programas	Objetivos:							
1.- Planeamiento Gubernamental	Recursos	miles de nuevos soles	1.136.991	1.210.895	1.295.658	1.388.945	1.484.783	6.517.273
2.- Previsión Social								
Total de Recursos Projectados (Miles de nuevos soles)			19.819.094	21.276.748	22.818.283	24.485.258	26.204.118	114.603.502

NOTA: NO INCLUYE INVERSIONES

VI.- ANEXOS