

I. PROYECTO

MARCO GLOBAL

En el país existe una serie de recursos tanto humanos como institucionales especializados en la atención de las personas con Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, concentrados en Lima y muy escasos en el resto del país. En ambos lugares el número de estos recursos es insuficiente para atender la demanda real y potencial de servicios de rehabilitación.

Para implementar políticas, planes y programas de rehabilitación integral coherentes con nuestro perfil epidemiológico, se hace necesario contar con un diagnóstico de la oferta de servicios de rehabilitación tanto públicos como privados, y sugerir una adecuada implementación de los mismos de tal forma que responda a una demanda real.

Para conocer la magnitud de la población con Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en el Perú, sólo contamos con la información proveniente de la demanda activa realizada a los Servicios de Salud, en cuyas oficinas de estadística usan para tipificarlos la Norma de Revisión Internacional de Enfermedades, que en nada ayuda a conocer la calidad y magnitud del "Problema de Secuelas" y por ello resulta una referencia no utilizable. Por esta misma razón no podemos tomar la estadística hospitalaria y el consolidado total del Ministerio de Salud sobre morbilidad y mortalidad, ya que ambas están referidas sólo a la Clasificación Internacional de Daños.

Los recursos de salud se agotan en programas para proteger la supervivencia de niños y adultos en programas de prevención y recuperación del daño o enfermedad y no alcanzan para atender secuelas del daño, que redundan sobre la calidad de vida de la población y por ende sobre la producción económica del país.

Por ello resulta conveniente tener una referencia previa de la magnitud y calidad del problema de Invalidez, para así orientar más adecuadamente las acciones de Salud.

De otro lado, se aprobó en el país para uso, la adaptación que sobre la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la O.M.S, realizó el Ministerio de Salud (Resolución No. 260-90- SA.DM), la cual servirá para que los profesionales de salud puedan tipificar, ahora sí, con propiedad, clases y grados, las SECUELAS DEL DAÑO bajo la denominación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, y principalmente se podrá homologar criterios acerca de esta problemática y así el paciente será mejor clasificado, enfatizando sobre el conocimiento de las tasas reales de incidencia y prevalencia que permitirán contar con un marco conceptual que dé sustento a los diferentes programas de rehabilitación que se implementen y las leyes sociales a las que pueda acogerse de manera más justa.

Lamentablemente el uso del clasificador no es todavía generalizado, debido al desconocimiento de la trascendencia del mismo; pretendiendo facilitar su uso los médicos de la Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación lo simplificaron en una versión muy manual cuya validación también forma parte del presente estudio.

PROPOSITO DEL PROYECTO

- 1.- Establecer programas nacionales de rehabilitación coherentes con la realidad nacional.
- 2.- Obtener la validación de la aplicación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en los Servicios de Rehabilitación a nivel nacional.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivos Generales

1. Conocer la prevalencia de las discapacidades, deficiencias y minusvalías a nivel nacional.
2. Obtener la validación del Clasificador Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía de la OMS.

Objetivos específicos

1. Capacitar a médicos especialistas en rehabilitación, tanto de Lima como de provincias, en el conocimiento del clasificador, y en su aplicación práctica mediante fichas simplificadas, elaboradas con este fin.
2. Homologar criterios médicos para el diagnóstico y evaluación de la deficiencias, discapacidades y minusvalías.
3. Realizar un estudio encuesta sobre la prevalencia de las deficiencias, discapacidades y minusvalías a nivel nacional.
4. Proponer modificaciones en el Clasificador a fin de superar sus limitaciones.

RESULTADOS ESPERADOS DEL PROYECTO

Con la presente investigación, esperamos contar con estadísticas nacionales que nos informen sobre la prevalencia de las discapacidades, deficiencias y minusvalías y así, estar en capacidad de tener una aproximación de la realidad nacional, para implementar Programas de Rehabilitación acordes con nuestra prevalencia.

El Instituto Nacional de Rehabilitación se ha propuesto como meta a mediano plazo, contar con un Servicio de Rehabilitación en cada Región que cumpla con los criterios técnicos mínimos para constituirse en un Centro de Referencia Regional en aspectos de Rehabilitación Integral. Para ello, es necesario contar con información mínima indispensable que será proporcionada por esta Investigación, y que será el inicio de este gran proyecto nacional.

Con la validación del Clasificador Internacional estamos en condiciones de implementarlo en todas las Oficinas de Estadística del Ministerio de Salud a fin de recoger en adelante la dinámica de la demanda real de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

MATERIAL Y METODOS

PRIMERA FASE: PLANEAMIENTO

Para dar sustento técnico a esta Fase del Proyecto, en Agosto de 1992 se firmó un Convenio con el Instituto Nacional de Estadística e Informática, quienes nos brindaron toda la asesoría técnica necesaria en aspectos de muestreo, y otro con la Sociedad Peruana de Medicina Física Y Rehabilitación cuyos propósitos y planteamientos eran los mismos que los del Instituto de Rehabilitación, permitiendo así que los médicos integrantes de dicha Sociedad pudieran participar en la ejecución del presente estudio.

Población en estudio

Está conformada por todas las personas que habitualmente residen en viviendas particulares. Por lo tanto excluyen a las personas que residen habitualmente en viviendas colectivas (cuarteles, conventos, cárceles etc.)

Tamaño de la muestra

En esta primera etapa se determinó el tamaño de la muestra, con un nivel de confianza de 95% y un error permisible del 3% considerando que el 10% de la población adolece de algún impedimento (según estimados de la OMS). Se seleccionó la muestra representativa nacional de manera aleatoria.

De acuerdo con las recomendaciones técnicas del Instituto Nacional de Estadística e Informática, el tamaño de la muestra mínimo requerido sería de aproximadamente 1000 personas con alguna deficiencia, discapacidad o minusvalía.

Para el presente estudio, se visitaron un total de 630 viviendas a nivel nacional, obteniéndose datos de 3690 personas y evaluándose mediante examen físico realizado por los médicos especialistas en rehabilitación a un total de 2791 personas de todas las edades y de ambos sexos. (Cuadro N° 1).

CUADRO N° 1
PREVALENCIA DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES
Y MINUSVALIAS EN EL PERU, 1993

TAMAÑO DE LA MUESTRA EVALUADA A NIVEL NACIONAL

LUGAR	N° DE CONGLOMERADOS	N° DE VIVIENDAS POR CONGLOMERADO	TOTAL DE VIVIENDAS
LIMA-CALLAO	30	5	150
PROVINCIAS	60	8	480
TOTAL	90		630

(*) Se entrevistó a un total de 3690 personas de todas las edades y de ambos sexos y se examinaron 2791 personas

Selección de la muestra

Fué trietápica.

Primera etapa .- Se seleccionaron primero los distritos (UPM) autorrepresentados y no autorrepresentados.

Segunda etapa .- Se seleccionaron los conglomerados (USM) que el Instituto Nacional de Estadística e Informática definió, de acuerdo a las recomendaciones técnicas propuestas por ellos mismos para el cálculo del tamaño de la muestra, tal como se muestra en el Cuadro N° 1.

Tercera etapa .- Se seleccionaron aleatoriamente las viviendas particulares (UTM), de los conglomerados que el Instituto Nacional de Estadística e Informática determinó para cada Región, en la segunda etapa.

Cada conglomerado se compone de 100 viviendas aproximadamente, y teniendo en consideración que cada vivienda tiene en promedio 5.4 habitantes, para efectos del presente estudio se consideraron 5 viviendas por conglomerado en Lima y Callao y 8 viviendas por conglomerado en las Provincias del Perú, seleccionados aleatoriamente. (Cuadro No 1).

Manuales Igualmente, se elaboraron los Manuales del Encuestador, de Supervisión, de Crítica y Codificación.

Programas Informáticos Para el manejo de la información, en esta etapa se usaron los Programa de Informática: FOXPRO25 y EPI-INFO.

Encuestadores Se requirieron equipos de trabajo tanto de la Sede Central del Proyecto (Instituto Nacional de Rehabilitación) como de las Sedes Regionales; cada equipo estuvo integrado por un Médico Rehabilitador y un Tecnólogo Médico.

Los médicos rehabilitadores que participaron en los equipos de trabajo, pertenecen al Instituto Nacional de Rehabilitación, a la Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación y a los Servicios o Departamentos de Rehabilitación de las Regiones tanto del Ministerio de Salud como del Instituto Peruano de Seguridad Social. Los Tecnólogos Médicos que igualmente participarán en la encuesta pertenecen al Instituto Nacional de Rehabilitación y a los Servicios o Departamentos de Rehabilitación de las Regiones.

SEGUNDA FASE: CAPACITACION

La capacitación en el uso del Manual del Encuestador, a los profesionales seleccionados para la ejecución del estudio, estuvo a cargo de un representante del Instituto Nacional de Rehabilitación previamente asesorado por un funcionario del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

La capacitación en el manejo del Clasificador de Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías Simplificado, estuvo a cargo de la Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación, ya que esta Institución ha sido la responsable de diseñar el Clasificador Simplificado.

La capacitación en las sedes regionales estuvo a cargo de un miembro del equipo de encuestadores que hizo el efecto multiplicador del entrenamiento recibido.

TERCERA FASE : PRUEBA PILOTO

Antes de ejecutar el estudio en la muestra seleccionada, se probó la consistencia de los diferentes instrumentos diseñados en la etapa de planeamiento, y se verificó si la capacitación dada a los encuestadores fué suficiente; es por esto, que se consideró la ejecución de una Prueba Piloto, la cuál se realizó en el Distrito de Chorrillos, en coordinación con la UDES Lima-Sur y los Coordinadores del Proyecto SMALP - Chorrillos.

CUARTA FASE: EVALUACION Y REAJUSTES

Después de realizar la Prueba Piloto, se sostuvieron reuniones de evaluación entre los investigadores y los encuestadores, para identificar las inconveniencias, dificultades o facilidades de abordaje durante la encuesta.

Estas reuniones de trabajo, permitieron tener los instrumentos en condiciones óptimas para iniciar la Encuesta Nacional.

QUINTA FASE : EJECUCION

En esta etapa, se consideró el traslado de los 31 equipos de trabajo que viajaron por todo el país en el lapso de 4 meses. El tiempo promedio de trabajo en cada vivienda fué de 60 minutos.

SEXTA FASE: SUPERVISION

Se supervisó la calidad del dato registrado mediante la revisión de los cuestionarios en base a las indicaciones dadas en el Manual de crítica y codificación.

SETIMA FASE : CRITICA Y CODIFICACION

Se consideraron 2 niveles de crítica y codificación:

- a). Por el propio equipo.- La codificación que hizo el equipo de encuestadores estuvo en relación a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías Simplificado.
- b). Por los Investigadores.- Se contó con la ayuda de 3 auxiliares que se encargaron de hacer la codificación de todas las fichas, revisando la codificación realizada por los encuestadores y procediendo luego a codificar lo relacionado a "daños" de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades; a ubicación geográfica y a ocupación, de acuerdo a Tablas predeterminadas.

OCTAVA FASE : DIGITACION

Para esta fase se contó con el concurso de tres digitadores, que se encargaron de elaborar las diferentes bases de datos para posteriormente ingresar a la computadora toda la información previamente codificada, de acuerdo al Programa seleccionado: EPI-INFO y FOXPRO25.

NOVENA FASE : TABULACION

En esta Fase se procedió al diseño y elaboración de las diferentes Tablas y Gráficos, que se muestran en los resultados del presente estudio.

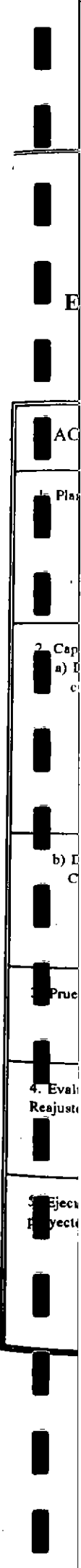
DECIMA FASE : EVALUACION Y MONITOREO DEL PROYECTO

El monitoreo, la evaluación, la redacción y la publicación del presente trabajo estuvo a cargo de un equipo integrado por:

- Un Investigador Principal (Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación).
- Un Investigador Asociado A (Instituto Nacional de Rehabilitación).
- Un Investigador Asociado B (Instituto Nacional de Rehabilitación).
- Un Investigador Asociado C (Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación).

Para desarrollar esta función se programaron reuniones de coordinación las cuáles tuvieron como finalidad hacer los reajustes previos y posteriores a cada una de las actividades del proyecto.

Para ello, cada actividad presentó un indicador de evaluación que permitirá su monitorización, el cuál se presenta a continuación en el Cuadro N° 2.



CUADRO N° 2
PREVALENCIA DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES
Y MINUSVALIAS EN EL PERU, 1993

EVALUACION Y MONITOREO DEL PROYECTO POR ACTIVIDAD
PROGRAMADA

ACTIVIDAD	PRODUCTO	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DE EVALUACION
1. Planeamiento	<ul style="list-style-type: none"> - 2. Proyectos - 2. Convenios - 2. Contratos 	<ul style="list-style-type: none"> - Contar con documentos óptimos para obtener el financiamiento de los dos proyectos 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de contratos que permitirán financiar los dos proyectos (Piloto y Nacional)
2. Capacitación a) De la clasificación	<ul style="list-style-type: none"> - 50 Médicos Rehabilitadores y - 80 Tecnólogos Médicos entrenados en el uso de la clasificación 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el uso de la Clasificación Internacional de DDM en el 100% de los servicios de Rehabil. del país. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de servicios de rehabilitación que usan en sus estadísticas la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
b) Del Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> - 35 Médicos Rehabilitadores y - 31 Tecnólogos Médicos entrenados en el manejo del cuestionario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales aptos para iniciar el estudio encuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de cuestionarios llenados adecuadamente
3. Prueba Piloto	<ul style="list-style-type: none"> - Validación del cuestionario y Clasificador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalencia local del DDM. - Instrumentos óptimos para el proyecto Nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Publicación de los resultados de la prueba Piloto.
4. Evaluación y Reajuste.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de fácil manejo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contar con instrumentos de fácil llenado a interpretación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo que demora el llenado de los cuestionarios y su codificación.
5. Ejecución del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> - 3,690 personas encuestadas y examinadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la Prevalencia Nacional y Regional de las DDM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de servicios y programas de rehabilitación acordes al perfil epidemiológico Nacional y Regional.

CUADRO N° 2
PREVALENCIA DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES
Y MINUSVALIAS EN EL PERU, 1993

EVALUACION Y MONITOREO DEL PROYECTO POR ACTIVIDAD
PROGRAMADA
(CONTINUACION)

ACTIVIDAD	PRODUCTO	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DE EVALUACION
6. Supervisión	- 30 profesionales supervisados	- Monitorizar in situ la ejecución del proyecto	- Número de dificultades resueltas a tiempo. Pertinencia.
7. Crítica y Codificación	- 1450 fichas codificadas	- Contar con instrumentos de rápida digitación	- Número de instrumentos detectados con fallas de llenado
8. Digitación / Tabulación	- 1450 fichas introducidas al programa de cómputo.	- Contar con una base de datos de fácil acceso y de rápidos resultados.	- Número de tablas y cuadros estadísticos.
9. Análisis	- 200 cuadros analizados	- Tener un análisis estadístico y epidemiológico de los cuadros. Identificar los problemas relevantes del país.	- Número de problemas prevalentes identificados. - Número de estrategias planteadas para abordar los problemas identificados.
10. Impresión y Publicación	- 2,000 publicaciones	- Difundir los resultados de la Encuesta Nacional y del Piloto	- Número de profesionales concientes de los problemas de rehabilitación que afronta el país. IMPACTO - Efectividad del proyecto.