

**“COMUNICANDO CON SENTIDO”
MECANISMO DE INCLUSIÓN SOCIAL PARA LA PARTICIPACIÓN
DE LAS PERSONAS CON LIMITACIONES LINGÜÍSTICAS EN LOS PROCESOS DE
HABILITACIÓN REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL MEISSEN E.S.E II NIVEL DE
ATENCIÓN DEL DISTRITO CAPITAL.**

LAURA SOFIA VARGAS PUENTES

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
ESPECIALIZACION EN GESTION EN REHABILITACION
CHIA
2011**

**PROYECTO “COMUNICANDO CON SENTIDO”
MECANISMO DE INCLUSIÓN SOCIAL PARA LA PARTICIPACIÓN DE LAS
PERSONAS CON LIMITACIONES LINGÜÍSTICAS EN LOS PROCESOS DE
HABILITACIÓN REHABILITACIÓN DE LA E.S.E HOSPITAL MEISSEN II NIVEL DE
ATENCIÓN DEL DISTRITO CAPITAL.**

LAURA SOFIA VARGAS PUENTES

**PROYECTO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GESTIÓN EN
REHABILITACIÓN**

**ASESOR
ALEJANDRO IBAÑEZ
DOCENTE GESTIÓN DE PROYECTOS**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN EN REHABILITACIÓN
CHIA
2011**

DEDICATORIA

ESTE PROYECTO ESTÁ DEDICADO AL ALMA DE MI JOVEN HERMANO DIEGO ARMANDO, QUIEN CON GRAN VALENTÍA ENFRENTÓ LAS DIVERSAS SITUACIONES QUE LA VIDA LE TRAJÓ Y QUE EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES DE LA MISMA DEBIÓ SORTEAR CON UNA LUCHA CONSTANTE Y SIEMPRE ADMIRABLE.

“...HERMANO SEA ESTA LA OPORTUNIDAD PARA EXPRESARTE EL GRAN AMOR QUE DEJASTE EN QUIENES SIEMPRE TE ACOMPAÑAMOS Y ESTUVIMOS A TU LADO, POR ESO LA LUZ DE TÚ VIDA NO SE EXTINGUE SINO QUE SIGUE VIVA EN NUESTROS CORAZONES...”

AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A MI PADRE DIOS POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PARTE DE ESTA HERMOSA ESPECIALIZACIÓN ENAMORANDOME CADA DÍA MÁS DE LO QUE ESCOJÍ PARA MI VIDA.

A MI MADRE MARIA GLADYS, MIS HERMANOS LUZ ANGELA, DIEGO ARMANDO (Q.P.D.), MARIA ALEJANDRA Y OLGA LUCIA, A MI ESPOSO FREDY GONZALEZ Y A MIS HIJOS ANA MARIA Y JUAN FELIPE POR ACOMPAÑARME Y APOYARME EN ESTE PROCESO.

A LAS DIRECTIVAS DE LA ESPECIALIZACIÓN Y A LOS PROFESORES MARIA CLAUDIA GALLEGO, ALEJANDRO IBAÑEZ, TATIANA BARRETO Y ESPECIALMENTE AL PROFESOR CESAR LEONARDO AREVALO POR ENTREGAR LO MEJOR DE CADA UNO PARA QUE ESTA ESPECIALIZACIÓN FUERA ALGO MÁS QUE “UN DICTAR O RECIBIR CLASES”.

A LOS SUBDIRECTORES CIENTIFICOS DEL HOSPITAL MEISSEN, DR. LEBER JOVANNI BECERRA VARGAS Y DR. JAIME MAURICIO FAJARDO ALBA POR APOYARME EN LA CONTINUIDAD DE MI FORMACIÓN PROFESIONAL.

Y A TODOS MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS “DE CAUSA” CON QUIENES HEMOS CREIDO QUE LA MOVILIZACIÓN POR LA INCLUSIÓN SOCIAL ES EL MECANISMO PARA PROMOVER LA IGUALDAD DE LOS DERECHOS DE TODOS LOS CUIDADANOS Y CIUDADANAS SIN IMPORTAR SU SITUACIÓN O CONDICIÓN.

TABLA DE CONTENIDO

Lista de figuras	
Lista de anexos	
Resumen	
INTRODUCCION	11
1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	13
2. JUSTIFICACION	16
3. DEFINICION DE CONCEPTOS	22
3.1 DISCAPACIDAD	22
3.2 COMUNICACIÓN	22
3.3 DERECHOS HUMANOS	22
3.4 INCLUSION SOCIAL	22
3.5 ACTIVIDADES Y PARTICIPACION	23
3.6 DIVERSIDAD	23
3.7 EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES	23
3.8 EQUIDAD	24
3.9 IGUALDAD	24
3.10 AUTONOMIA	24
3.11 EXCLUSION SOCIAL	24
3.12 HABITO	24
3.13 HABILITACION	24
3.14 REHABILITACION INTEGRAL	24
4. ASPECTOS ETICOS	26
5. MARCO CONCEPTUAL	28
5.1 DISCAPACIDAD	28
5.1.1 ALTERACIONES FUNCIONALES	29
5.1.2 GRADOS DE DISCAPACIDAD	30
5.2 COMUNICACIÓN	30
5.2.1 PROCESOS DE COMUNICACIÓN	31
5.3 INCLUSION	32
5.3.1 INCLUSION COMUNICATIVA	33
5.4 MODELO ECOLOGICO DEL DESARROLLO HUMANO	34
6. OBJETIVOS	36
6.1 OBJETIVO GENERAL	36
6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	36
7. METODOLOGIA	36
7.1 PLAN DE ACCION	36
7.2 DESARROLLO DEL PLAN DE ACCION	39
7.2.1 SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	39
7.2.2 SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION	41
7.2.3 SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION	42

8. CONCLUSIONES	44
9. RECOMENDACIONES	45
10. BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	

Lista de Figuras

Figura 1. Población en condición de discapacidad de la Sub Red Sur. Adaptado Comité operativo Sub Red Sur. Fuente DANE 2005.

Figura 2. Población con discapacidad por etapa de ciclo y sexo Ciudad Bolívar 2005-2007

Figura 3. Distribución de la población con discapacidad según estructura o funciones corporales que presentan alteraciones. Adaptado Comité operativo Sub Red Sur. Fuente DANE 2005

Figura 4. Interacción de los diferentes componentes de la CIF

Figura 5. Modelo Ecológico (Bronfenbrenner)

Figura 6. Plan de acción

Lista de anexos

Anexo 1. Presupuesto

Anexo 2. Resultados esperados

Anexo 3. Impactos

Anexo 4. Análisis de involucrados

Anexo 5. Árbol del problema

Anexo 6. Árbol de objetivos

Anexo 7. Análisis de alternativas

**“COMUNICANDO CON SENTIDO”
MECANISMO DE INCLUSIÓN SOCIAL PARA LA PARTICIPACIÓN
DE LAS PERSONAS CON LIMITACIONES LINGÜÍSTICAS EN LOS PROCESOS DE
HABILITACIÓN REHABILITACIÓN DE LA E.S.E HOSPITAL MEISSEN II NIVEL DE
ATENCIÓN DEL DISTRITO CAPITAL.**

Laura Sofía Vargas Puentes

Resumen

Este proyecto de Gestión en Rehabilitación tiene como finalidad restablecer el derecho de las personas con limitaciones lingüísticas a participar activamente a nivel institucional a través de la implementación de sistemas de información/comunicación accesibles propendiendo por mejorar la calidad de los servicios prestados, la pertinencia en los procesos de habilitación rehabilitación y la satisfacción de los usuarios. El desarrollo de este proyecto se basa en el enfoque del marco lógico, y de la puesta en marcha del fortalecimiento que la institución se ha propuesto en el mejoramiento los sistemas integrados de calidad enfocados en el usuario y la familia, buscando impactar favorablemente en la prestación de sus servicios.

Palabras claves: Inclusión Social, Participación, Derecho, Comunicación, Información, Habilitación, Rehabilitación, Discapacidad, Limitaciones lingüísticas.

**“COMMUNICATING WITH SENSE”
SOCIAL INCLUSION MECHANISM FOR PARTICIPATION
FOR PEOPLE WITH DISABILITIES LANGUAGE IN THE PROCESSES OF THE
HABILITATION REHABILITATION OF THE MEISSEN HOSPITAL CARE LEVEL II
CAPITAL DISTRICT.**

Laura Sofía Vargas Puentes

Abstract

This project of Management Rehabilitation has as objective re-establish the law of the people with disabilities language to actively participate in the institution through the implementation of accessible information/communication systems, tending to improve the quality of services provided, the relevance in the process of habilitation rehabilitation and user satisfaction. Development of this project is based on the logical framework approach, first the problem is presented and its justification based on the state of the art in the subject and the implementation of institution building that has been proposed in the improvement integrated quality systems focus on users and the family, seeking a favorable impact on the provision of services.

Keywords: Social Inclusion, Participation, Law, Communication, Information, Habilitation, Rehabilitation, Disability, Language limitations.

INTRODUCCION

En el proceso de comunicación tradicionalmente se han reconocido dos actores: el emisor que produce y lleva la información hasta el receptor quien a su vez espera que lleguen los mensajes del emisor; por fortuna como lo afirma Toro 2011, la corresponsabilidad de la comunicación, hace muchos años de este proceso simple e improductivo ha venido cambiando. El receptor tiene ahora un gran protagonismo, puesto que ya no es el sujeto pasivo: ahora busca la información porque es inteligente y dinámico, construye contenidos gracias a su creatividad, opina por que tiene el conocimiento y criterio.¹

Por lo anterior ya que de los usuarios que utilizan los servicios del hospital Meissen de las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz (Sub Red Sur del Distrito Capital), se evidencia un amplio número de personas que de una manera u otra presentan alteraciones lingüísticas, ya sea para producir mensajes, recibirlos o procesarlos, lo que ocasiona un contenido ineficiente del proceso comunicativo y la consecuente percepción de exclusión por parte de este grupo poblacional; por tanto, en búsqueda del ejercicio del derecho, la institución en mención, propone un proyecto de fortalecimiento institucional enfocado a facilitar la información- comunicación del hospital Meissen, se enmarca desde el enfoque del derecho, la participación comunitaria, la equiparación de oportunidades y la inclusión social.

“Comunicando con Sentido”, será implementado y ejecutado por el hospital Meissen Empresa Social del Estado del Distrito Capital de Bogotá que presta servicios de II y III Nivel de Atención, y para quien el compromiso con la atención al paciente y su familia se fundamenta en su proyecto institucional “Al Servicio de la Vida un Hospital más Humano, con calidad, calidez y eficiencia.

Para el Hospital Meissen es fundamental que las partes interesadas (usuario y su familia, cliente, pagador, talento humano, proveedores, comunidad, entidades de vigilancia y control) demandantes de la institución se encuentren satisfechas en los procesos de atención y que haya cumplimiento en el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios y su familia.

¹ Julio Ernesto Toro Restrepo- Director General- artículo La corresponsabilidad de la comunicación, editorial boletín de ronda- Fundación San Vicente de Paul. 2011

Lo anterior se evidencia en el premio del gestión en calidad, recibido en diciembre del año pasado “galardón de oro del premio distrital a la gestión en la categoría conquistadores”, como reconocimiento a la calidad de sus servicios durante el año 2010.

Por tanto en el marco de la continuidad de este reconocimiento logrado con el trabajo en calidad de muchos años enfocado al usuario, se propone promover la modificación hábitos excluyentes, contribuyendo a la participación plena del ejercicio del derecho a la información/comunicación para esta población en el hospital, facilitando a través de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa la inclusión en los procesos de habilitación rehabilitación, la participación en la toma de decisiones y la satisfacción en la atención recibida.

PROBLEMA

Restricción en el ejercicio del derecho a la información/ comunicación de las personas no lingüistas convencionales en los procesos de atención en habilitación rehabilitación del hospital Meissen II Nivel de Atención del Distrito Capital.

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El proyecto “**Comunicando con sentido**” se fundamenta en el problema de causa raíz identificado, teniendo como consecuencia la baja participación de la población con limitaciones lingüísticas en los procesos organizacionales, generando una percepción de exclusión de los mismos, y la consecuente disminución de calidad en la atención hacia estas personas, debido a la poca concientización en discapacidad e imaginarios sociales negativos que promueven hábitos excluyentes a nivel organizacional.

De esta problemática se encuentra que en la institución existen barreras comunicativas que impiden que los contenidos de los mensajes sean eficientes hacia las personas no lingüistas convencionales, conllevando a una baja posibilidad de producir significado en los procesos de información/ comunicación de lo que se desea transmitir a los usuarios de sus servicios o escuchar de los mismos.

Lo anterior se traduce en que las personas con limitaciones lingüísticas, ya sean estas sensoriales, multisensoriales, mentales y/o cognitivas, no acceden a las distintas fuentes de información a nivel organizacional entre las que se encuentran: servicios del hospital, horarios de atención, derechos y deberes, información de carácter educativo y/o formativo, información de interés, información referente a su salud, entre otros, viéndose también vulnerado su derecho a “ser escuchados”, a evaluar su nivel de satisfacción, tener en cuenta sus sugerencias y recomendaciones al igual que las quejas, reclamos o felicitaciones, frente a los servicios ofertados.

Por otra parte en Colombia el direccionamiento en 1993 con el Censo Nacional, demostró lo planteado por las Naciones Unidas cuando se utiliza una sola pregunta para censo con el tipo de enfoque de las deficiencias, la tasa de incidencia hallada es demasiado baja: 1,85% sobre el total de la población. La mayor direccionalidad metodológica permite

evidenciar que en nuestro país se ha pasado a una prevalencia de 6,47% en el censo del 2005; de 593 mil colombianos en 1993 a 2.647.000 personas con discapacidad para el 2005.

La población colombiana aumentó en una tercera parte y la prevalencia de discapacidad se cuadruplicó: de acuerdo con los datos preliminares la tasa de prevalencia para el total de la población (6,4%), es mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,2%). Según el censo DANE 2005, la ciudad de Bogotá tiene un total de 189.177 personas con discapacidad registradas, 77.005 hombres y 112.172 mujeres.

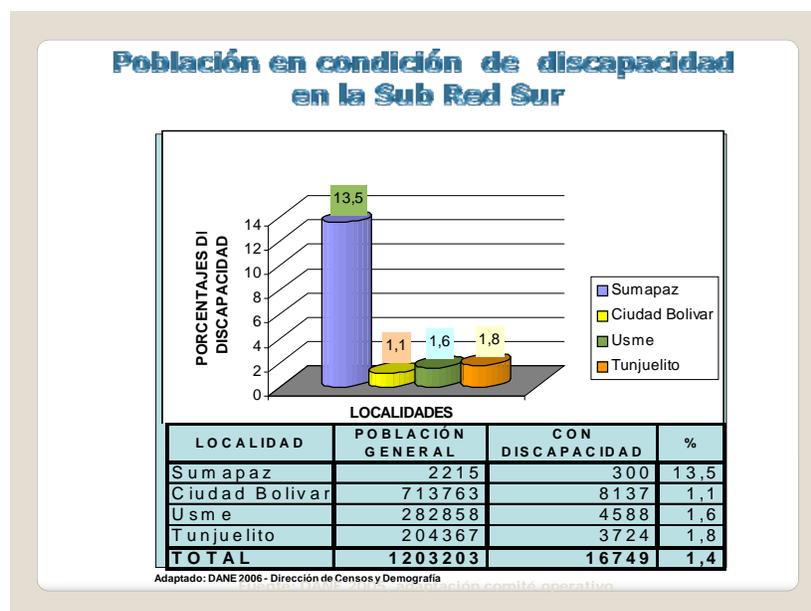
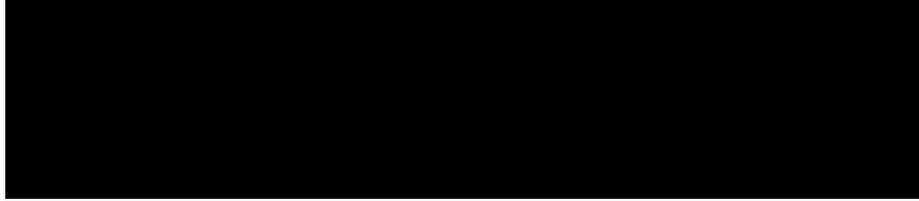


Figura 1. Población en condición de discapacidad de la Sub Red Sur. Adaptado Comité operativo Sub Red Sur. Fuente DANE 2005.

En la Sub Red Sur de la capital (cuatro localidades), el total se encuentra distribuido así; localidad Sumapaz con una población general de 2215 habitantes y 233 con discapacidad, en la localidad de Usme un total de población de 282858 habitantes y 4588 con discapacidad, en la localidad de Tunjuelito son 204067 habitantes y se encuentran registrados 3424 personas con discapacidad y en la localidad de Ciudad Bolívar donde se encuentra ubicado el hospital Meissen, el total de habitantes es de 713763 de los cuales 8137 se encuentran con alguna discapacidad.

Población con discapacidad por etapa de ciclo y sexo Ciudad Bolívar 2005-2007 (n=11.538)



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Dane 2008. Secretaría Distrital de Salud. 2009.



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Figura 2. Población con discapacidad por etapa de ciclo y sexo Ciudad Bolívar 2005-2007

De este total la distribución de población con discapacidad según estructura o funciones corporales que presentan alteraciones Sub Red Sur, el 22,4 presentan alteraciones de la voz y el habla, el 46, 2 de los ojos, el 21,6 de los oídos, el 53,2 del sistema nervioso, entre otros.²

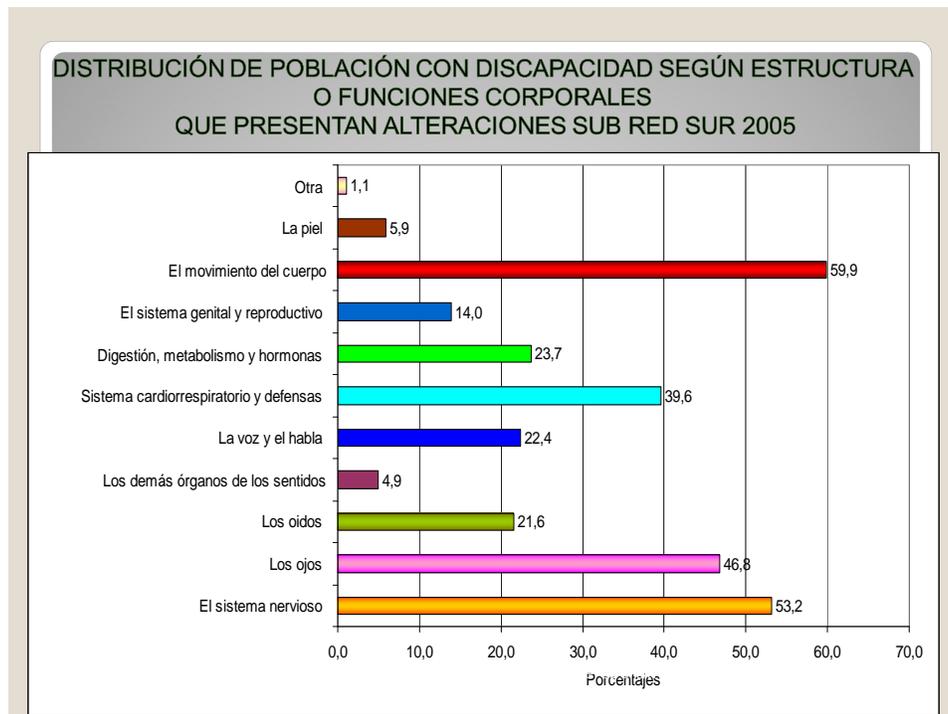


Figura 3. Distribución de la población con discapacidad según estructura o funciones corporales que presentan alteraciones. Adaptado Comité operativo Sub Red Sur. Fuente DANE 2005

² Proyecto sub red sur de discapacidad, diagnostico de la situación actual de discapacidad, 2005

2. JUSTIFICACION

Según Mora-2008, la gran mayoría de las actividades humanas se realizan mediante el lenguaje. Toda actividad emocional o referencial suele traducirse en lenguaje para garantizar su efectividad desde el punto de vista comunicativo. La ausencia o pérdida de alguna de las capacidades lingüísticas se traduce, en palabras de Goffman (1970) en un estigma social.

La Comunicación Es un proceso vital en la construcción de la identidad personal y de la cultura, sobre la base del reconocimiento de la igualdad esencial y del respeto a la diferencia. La comunicación permite la comprensión de la relación con los demás y con el entorno para favorecer la convivencia y mejorar las condiciones que permitan a todos crecer, desarrollarse integralmente y construir con los otros significados para el mundo compartido, es decir, para construir cultura.

El ser humano nace con la capacidad de desarrollar un instrumento mental que es el lenguaje, facultad esencialmente humana con la que puede expresar sus pensamientos, sentimientos y voluntad. Con esta capacidad el individuo simboliza su realidad mediante la creación de lenguas o códigos que son símbolos convencionales donde el concepto y la imagen guardan estrecha relación. Esto quiere decir que las lenguas como sistemas de comunicación nacen de manera natural en el seno de grupos sociales con el objeto de interactuar y satisfacer sus necesidades comunicativas.

Es de señalar que la comunicación como acto eminentemente social, es el espacio donde el uso de códigos tanto lingüísticos como no lingüísticos, son un factor determinante para el **acceso a la información**, como derecho que tiene todo ser humano. Tal como lo afirman Esperanza Prieto y Myriam Sáenz “La comunicación es un proceso social que logra y perfecciona la relación de las personas y facilita la convivencia comunitaria, es un diálogo de saberes, vivencias y valores inmersos en la solidaridad y en la creatividad. La comunicación sólo es posible en el mundo de la cultura, que es el mundo de lo racional simbólico, el mundo de la conciencia reflexiva, la libertad de decisión, de acción social histórica y transformadora. El mundo de los modos humanos de vivir y convivir.

Actualmente no sólo podemos apreciar una gran diversidad de población desde lo cultural, también vemos grupos de personas con grandes potencialidades y algunas diferencias a consecuencia de una discapacidad; de manera que para ellas, gracias a la

creatividad del hombre, existen variedad de lenguas, sistemas de comunicación, alternativas comunicativas y tecnológicas factibles de usar para su acceso a la comunicación, a la información y a su interacción con los medios. Las personas con algún tipo de discapacidad tienen unos requerimientos de acceso a la información específicos según el caso. La lengua de señas, o el sistema de lecto-escritura Braille, para dar dos ejemplos claros, son formas determinadas para las poblaciones con sordera y ceguera que les permiten el acceso al conocimiento y al mundo que los rodea.

Un producto comunicativo que muestre estos tópicos concretos inherentes a cualquier limitación, deberá estar dirigido a los siguientes grupos de población: en primera instancia, al público en general, donde los ciudadanos puedan hallar información sobre cómo relacionarse e interactuar con una persona con discapacidad, con un mensaje de sensibilización y cambio de actitud; en segunda instancia, debe dirigirse a las personas y entidades que prestan servicios educativos, de salud, planificadores territoriales; en tercer lugar, deberá impactar a los grupos de personas con discapacidad que pueden motivarse al conocer las experiencias enriquecedoras de personas que se desenvuelven en su vida personal y comunitaria, como tutores de sus proyectos de vida, haciendo énfasis en lo que tienen y no en aquello de lo que carecen.

Todos estos tópicos hacen ver y reafirmar que los medios de comunicación son un elemento fundamental en el fomento de la equiparación de oportunidades. Éstos deben presentar y facilitar los procesos de acceso a la información, la comunicación y la cultura, de accesibilidad al entorno físico, edificaciones y telecomunicaciones, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades educativas y profesionales, la vida cultural y social, incluyendo el deporte, el aprovechamiento del tiempo libre y las instancias recreativas para todas las personas.

La estrategia deberá marchar desde un ámbito de respeto mutuo más allá de las diferencias aparentes y con un reconocimiento asumido dentro de la gama infinita de irrepetibles seres que somos todos. No se trata de buscar una igualdad tan utópica, como inconveniente, se trata de involucrar a la comunidad en el discurso que nos aportará más dividendos a todos: el de buscar equiparar oportunidades para aquellos que por sus características no pueden participar en igualdad de condiciones en la dinámica social. Esa equidad en las condiciones para afrontar una ocasión cualquiera, solo sobrevendrá cuando hayamos cambiado las concepciones culturales erradas que nos llevan a desconfiar de los demás por simple desconocimiento o a tomar decisiones incorrectas.

Esta necesidad de construir el respeto por el “otro”, de no reducirlo a sus concepciones mínimas diferenciales, sino ampliarlo para conocerlo, aceptarlo, debatirlo y, por qué no, rechazarlo sin desconocerlo como ser humano, donde el evento de la discapacidad temporal o permanente no sea el factor determinante para excluirlo; estos y otros fundamentos son los que deben servir de guía para poner en marcha una estrategia de comunicación.³

Para la formulación de este proyecto se realizó una revisión del estado del arte en el tema de interés se verificaron diferentes bases de datos y fuentes de literatura científica del estado actual del conocimiento, de los cuales se llevó a cabo una revisión de artículos científicos analizando el problema, objetivo, hipótesis, variables, tipo de diseño, sujetos y muestra, instrumento de medida, y los resultados y conclusiones más relevantes.

Bajo este enfoque temático se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos y fuentes de literatura científica tales como Cochrane, Medline, Revneurología, y en otras, en las cuales no se logró evidenciar un trabajo elaborado en el sector salud que genere mecanismos de participación de la población no lingüista convencional a través de la implementación de sistemas de información accesibles e incluyentes.

De la revisión llevada a cabo se concluye que según las publicaciones que indagaron sobre la participación de los pacientes en los aspectos relevantes que tienen que ver con su salud y de acuerdo con los estudios realizados por Hermosilla y Vidal 2010, se encuentra que de 274 pacientes ambulatorios y hospitalizados el 20,2% de los pacientes consultados elijan como prioridad primera o segunda “una mayor información y participación en la toma de decisiones”⁴

Los últimos estudios sobre la comunicación médico-paciente refieren que la mayoría de pacientes a los 5 minutos de salir de la consulta, han olvidado la mitad de la información que les dio el médico, y que sólo retienen el 20% de la misma. Pero este porcentaje puede elevarse al 50% si los mensajes fundamentales se apoyan en material escrito

³ Lineamientos de política de Comunicación- Comunicación para Todos- lineamientos para una política de comunicación para la construcción de una nueva imagen social de las personas con discapacidades físicas, sensoriales o mentales-Presidencia de la República de Colombia- 2002.

⁴ Información y autonomía: cambios más deseados por los pacientes para mejorar la asistencia sanitaria, Hermosilla y Vidal- 2010.

(“bien escrito, con calidad”)⁵ así mismo que la transmisión de información de calidad para los pacientes y familiares en un hospital o en un centro de atención primaria debería ser fácil, debería estar protocolizado y debería formar parte de la práctica asistencial cotidiana. Para que esto sea así, se necesitan métodos probados, sencillos y que supongan poco costo adicional a los procesos de evaluación y mejora que ya se realizan en los centros.

Duncan y cols. Reafirman que la toma de decisiones compartida es uno de dichos enfoques de colaboración y que es una forma de comunicación del personal asistencial con el paciente, en la que ambas partes se reconocen como expertos en el proceso y trabajan en colaboración para tomar una decisión. Esta estrategia se apoya en que los pacientes tienen derecho a la autodeterminación, y también en la expectativa de que aumentará el cumplimiento del tratamiento.⁶

Dado que según Bohorquez y cols. El potencial que ofrecen las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación para mejorar la calidad de vida de las personas –en cuyo marco es muy importante el desarrollo de procesos comunicativos– cobra vital importancia en el mundo de la discapacidad, dado que la población con limitaciones físicas, sensoriales o cognitivas, se ha enfrentado a múltiples obstáculos para participar de la vida comunitaria en igualdad de condiciones y derechos con respecto al resto de los ciudadanos y este campo brinda posibilidades concretas para facilitar la interacción de las personas que no tienen acceso a los códigos socialmente privilegiados como la lengua oral y, por lo tanto, predominantes en los procesos comunicativos.

En el marco de esta reflexión, se evidencia cómo la tecnología puede mediar procesos de producción y comprensión discursiva a través de un área específica denominada *tecnología asistente* que se ha planteado como *“cualquier ítem, equipo o producto, ya sea comprado en el comercio, adaptado o hecho a la medida, que se utilice para aumentar,*

⁵ Información de calidad para los pacientes: menos intuición y más método- escuela andaluza de salud pública- prieto-2010.

⁶ Intervenciones de toma de decisiones compartida para los pacientes con enfermedades mentales-Duncan y Cols -2010.

mantener o mejorar las capacidades funcionales de un individuo discapacitado”. Desde esta perspectiva es posible categorizarla en concreciones de *alta* y *baja* tecnología.⁷

Dadas las necesidades Colombianas de soluciones tecnológicas de muy bajo costo que permitan a nuestra población con discapacidad acceder a tecnologías de apoyo surge la unión espontánea de cuatro grupos de investigación: Centro de Microelectrónica de la Universidad de los Andes (CMUA), Grupo de investigación Diseño, Salud y Tecnología del Departamento de Diseño Industrial de la Universidad de los Andes, Grupo de comunicación Aumentativa y Alternativa de la Universidad Pedagógica (CRUP), y Centro de Tecnología Informática (CTI)- Brasil) los cuales trabajaban en diferentes temas de investigación enmarcados en las redes de CYTED y que terminan convergiendo a un mismo punto al tratar de dar aplicación a sus desarrollos.

A demás de lo anterior es importante tener en cuenta que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) tienen la posibilidad de abordar muchos de los retos que los sistemas de salud confrontan actualmente. A nivel global, “las TIC abarcan todas las tecnologías digitales y análogas que facilitan la captura, el procesamiento, el almacenamiento y el intercambio de la información mediante la comunicación electrónica” (Health Canada 2006).

Cada una de las categorías de TIC abarca diversas aplicaciones que tienen funciones específicas en los ámbitos de asistencia sanitaria. Esas aplicaciones tienen la posibilidad de mejorar la gestión de la información, el acceso a los servicios sanitarios, la calidad y seguridad de la atención, la continuidad de los servicios, y la contención de costes (Gov. Canada 1999). Las pruebas de la eficacia de algunas aplicaciones, como las teleconsultas (Currell 2000), las consultas por correo electrónico (Car 2004^a), los registros de salud informatizados (Erstad 2003), y las tecnologías de recuperación de la información clínica (Pluye 2005), son limitadas o muestran un efecto limitado. Sin embargo, otras aplicaciones de las TIC, como algunos sistemas de apoyo de decisiones (Garg 2005; Kawamoto 2005), los recordatorios computarizados (Bennett 2003), el asesoramiento informatizado sobre la dosis de los fármacos (Durieux 2008), y las aplicaciones interactivas de comunicación para la salud (Murray 2005) han mostrado beneficios para el sistema de asistencia sanitaria y pueden mejorar los resultados de salud de los pacientes.

⁷ Trabajo interdisciplinario en el desarrollo de tecnologías de apoyo a la discapacidad- Bohorquez y cols. 2003.

Además, los pacientes desean que los médicos utilicen las TIC (Car 2004b). Con una creciente informatización en cada sector de la actividad, se espera que las TIC se conviertan en herramientas que formen parte de la práctica de los profesionales de la asistencia sanitaria. No obstante, parece que las TIC como las historias clínicas electrónicas e Internet son subutilizadas por los profesionales de la asistencia sanitaria (Berner 2005; Brooks 2006). Factores humanos y organizativos se han identificado como las causas principales del fracaso de la implementación de las TIC (Aarts 2004; Lorenzi 1997; Pagliari 2005)⁸

Desde el En el área de la educación especial Guerra (1999) plantea que escasea la conciencia de la necesidad fundamental de comunicación, que se encuentra en la base de todo desarrollo personal y es la razón misma de la vida, por lo que ha de considerarse un derecho inalienable, como lo es el mismo derecho a la vida. La autora sostiene que crecimiento y comunicación se presentan por este motivo como procesos inseparables, en función del aprendizaje, y es así como urge en la educación especial desarrollar metodologías activas de aprendizaje basadas en la comunicación. La autora asegura que desde esta perspectiva, la utilización del taller de teatro como método de aprendizaje y desarrollo en niños visualmente disminuidos se presenta con un doble valor. Como fundamento educativo, por cuanto permite al niño ciego descubrir zonas ocultas en la manera de orientarse, de percibir al otro, y de aprender en la acción. Y como medio de comunicación, puesto que el proceso de un taller de teatro supone siempre un pulso con nosotros mismos y con nuestra capacidad de transmitir lo que deseamos. Es así como el taller de teatro se expone como herramienta idónea de generación de diálogo y participación.⁹

⁸ Intervenciones para la promoción del uso de las tecnologías de la información y la comunicación entre profesionales sanitarios- Gagnon y cols. 2009.

⁹ La práctica de la comunicación educativa con niños discapacitados visuales a través del teatro. Ramírez 2010.

3. DEFINICION DE CONCEPTOS

3.1 Discapacidad: la discapacidad se define como un término multigenerico, *que se basa desde la CIF en tres perspectivas: corporal, individual y social.* Por lo tanto la discapacidad incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).¹⁰

3.2 Comunicación: es el proceso mediante el cual el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinados para transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos.¹¹

3.3 Derechos humanos: son aquellas libertades, facultades o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. De esta manera, constituyen las condiciones que permiten crear una relación integrada entre la persona y la sociedad. Estos derechos son universales: educación, salud, libertad, a la vida, al trabajo, entre otros.

Las personas con discapacidad tienen derechos que han sido decretados a nivel internacional como los establecidos por la ONU en la Convención amplia e integral para promover el respeto y la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad (2006)¹²

3.4 Inclusión social: Es un proceso que asegura que todos los miembros de la sociedad participen de forma igualitaria en los diferentes ámbitos que conforman esa sociedad: económico, legal, político, cultural. La inclusión social asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades y puedan acceder a los

¹⁰ Artículo especial Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura, Baquero y cols.2001.

¹¹ Comunicación Oral Fundamentos y Práctica Estratégica», Primera Edición, de Fonseca Yerena María del Socorro, Pearson Educación, México, 2000, Pág. 4.

¹² Guía practica para el ejercicio de derechos de mujeres con discapacidad: Mecanismos y escenarios para la participación, derecho a la inclusión.

recursos necesarios que les permitan disfrutar de unas condiciones de vida normales. Por lo tanto, la inclusión social está relacionada con la integración, la cohesión y la justicia social.¹³

3.5 Actividades y Participación: La primera entendida como la realización de una tarea o acción por parte de un individuo y la segunda como el acto de involucrarse en una situación vital. Se establece por definición que limitaciones en la Actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades y restricciones en la Participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones reales de la vida.¹⁴ Para efectos de este proyecto se entenderá el concepto de **PARTICIPACION INSTITUCIONAL** como toda aquella a la que los usuarios conocidos como clientes externos del Hospital Meissen, tienen derecho a participar para dar a conocer sus opiniones a través de diversos mecanismos de escucha como quejas, reclamos, sugerencias; por medio del formato institucional diseñado para tal fin, el usuario deposita su registro en los diferentes buzones ubicados en las salas de espera del hospital. También existe la línea amiga 195 o la línea 7902906 del sistema distrital de quejas, reclamos y sugerencias de la oficina de atención al usuario del hospital. A la vez también se encuentran en la página Web del hospital. Dichas solicitudes ingresan a un proceso de identificación y respuesta al requerimiento y se diseñan planes de mejoramiento dando inicio a la toma de decisiones para el fortalecimiento institucional el cual es divulgado a los usuarios.

3.6 Diversidad: cada ser humano es único, diferente e irrepetible y es a partir de esa individualidad que se fortalece la diversidad humana.

3.7 Equiparación de Oportunidades: las personas con discapacidad deben tener las mismas oportunidades que el resto de la población a la hora de acceder o disfrutar de los bienes y recursos de la comunidad. Según las Naciones Unidas, la

¹³ <http://integractua.org>, a favor de la inclusión social, Sotomayor 2009.

¹⁴ La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2006; 44(2): 89-97

equiparación de oportunidades se refiere al proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad se hace accesible para todas las personas.

3.8 Equidad: el reconocimiento de las diferencias y las individualidades garantiza el tratamiento especial de las necesidades y oportunidades que debe tener cada persona para su desarrollo y participación en igualdad de condiciones.

3.9 Igualdad: todas las personas sin distinción de raza, clase social, edad, sexo, opinión política, condición de salud, son iguales ante la ley y el estado y deben tener el mismo tratamiento, las mismas oportunidades de satisfacción de necesidades, de desarrollo de las potencialidades y las mismas garantías para el ejercicio de sus deberes y derechos.

3.10 Autonomía: se refiere a la libertad que cada individuo ejerce en el desarrollo de su proyecto de vida. La misma está determinada en gran medida por el marco de las oportunidades que le prodiga la sociedad.

3.11 Exclusión social: es el proceso acumulativo sobre una persona de factores negativos, con barreras y límites que la dejan fuera de la participación en la vida social mayoritariamente aceptada.

3.12 Hábito: se define hábito como una costumbre o practica adquirida por frecuencia de repetición de un acto.

3.13 Habilitación: se refiere a los procesos terapéuticos, educativos y sociales aplicados a individuos que han sufrido una discapacidad antes de adquirir una habilidad propia de su desarrollo madurativo, tomando un rango de edad entre 0 y 10 años.

3.14 Rehabilitación integral: es aquella que “a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales, busca el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración” de la persona con discapacidad “al medio familiar, social y ocupacional” desarrollando “acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional”. Todo proceso de habilitación / rehabilitación integral debe tener

duración limitada y objetivos claramente definidos y debe fomentar la participación de la persona con discapacidad, de sus familias y comunidad, de los profesionales de diferentes disciplinas y de los diferentes sectores.¹⁵

¹⁵ Resolución 1445 de 2006. Acreditación en salud

4. ASPECTOS ETICOS

Durante el desarrollo del proyecto “Comunicando con Sentido” se ha trabajado en el marco la bioética entendida como la interacción entre los valores éticos y los hechos biológicos, como un factor que une la ética y la biología. La bioética tiene como tarea enseñar cómo usar el conocimiento, se trata de superar la tendencia pragmática del mundo moderno que aplica inmediatamente el saber sin una medición racional y mucho menos moral.

La bioética forma parte de la rama de la filosofía que se estudia la moralidad del obrar humano.

En ella se contemplan los principios de:

- 🚦 El respeto de la vida en todas sus formas, salvaguardar la vida.
 - 🚦 El principio terapéutico o principio de totalidad.
 - 🚦 Socialidad y subsidiariedad
 - 🚦 Libertad y responsabilidad
 - 🚦 Beneficencia no Maleficiencia
-
- 🚦 Autonomía: (tributaria del paciente): Es el principio moral que sustenta el comportamiento del paciente respecto a la atención a su salud. Se expresa en el hecho de respetar los puntos de vista y decisiones de los pacientes ante diversas situaciones que se le puedan presentar durante el proceso de atención médica, como sucede con los procedimientos riesgosos, diagnósticos o terapéuticos, ante la alternativa de vivir o morir, según el sentido y significado que para él tengan. En caso de que el paciente no esté mentalmente capacitado para ese tipo de decisión, como ocurre con frecuencia en la medicina intensiva, la autonomía la pasará a ejercer en su nombre sus familiares o su representante legal. En los últimos años ha tomado auge el trámite del consentimiento informado como garantía del respeto a la autonomía.
-
- 🚦 Justicia: (tributaria de la sociedad): Este principio es el que debe servir de guía a la sociedad para valorar éticamente la interrelación y conflictos, así como para evaluar la atención de salud a la población en cuanto a equidad, pertinencia y calidad científico-técnica y humana. Es decir la atención a la salud de todas las

personas debe ser igual, sin distingo o barreras económicas o sociales de ningún tipo.

En la Bioética se expresa con gran nitidez el problema de la posición del ser humano frente a las dificultades de su vida y el entorno.¹⁶

Estos fundamentos y principios bioéticos guardan estrecha relación con el propósito del proyecto “Comunicando con Sentido”, el cual no es otro que contribuir a la inclusión social de las personas no lingüistas convencionales en la atención en salud del hospital Meissen, fundamentado en el respeto a los pacientes y su familia en todo momento propendiendo por promover su autonomía, y la justicia en todos los procesos de atención, con un alto componente bioético que va en vía al respeto a la vida de todas las personas sin importar su condición. A la vez este proyecto se orienta en la persona como centro siendo garante del derecho a participar de forma activa en los procesos organizacionales a través del fortalecimiento de los sistemas de información alternativos dirigidos a personas con limitaciones lingüísticas.

¹⁶ García G. Raíces históricas del pensamiento bioético y de la investigación médica en sujetos humanos en Cuba en "Bioética desde una perspectiva cubana". La Habana: Edit. Félix Varela; 1997:43-9.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 DISCAPACIDAD

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) 2006, la **discapacidad** es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

El funcionamiento y discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc), y los factores contextuales que incluyen tanto factores ambientales como personales. Los factores ambientales interactúan con todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad.

El “constructo” básico de los factores ambientales, está constituido por el efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.

La CIF describe las situaciones de cada persona dentro de un conjunto de dominios de salud o dominios relacionados con la salud.

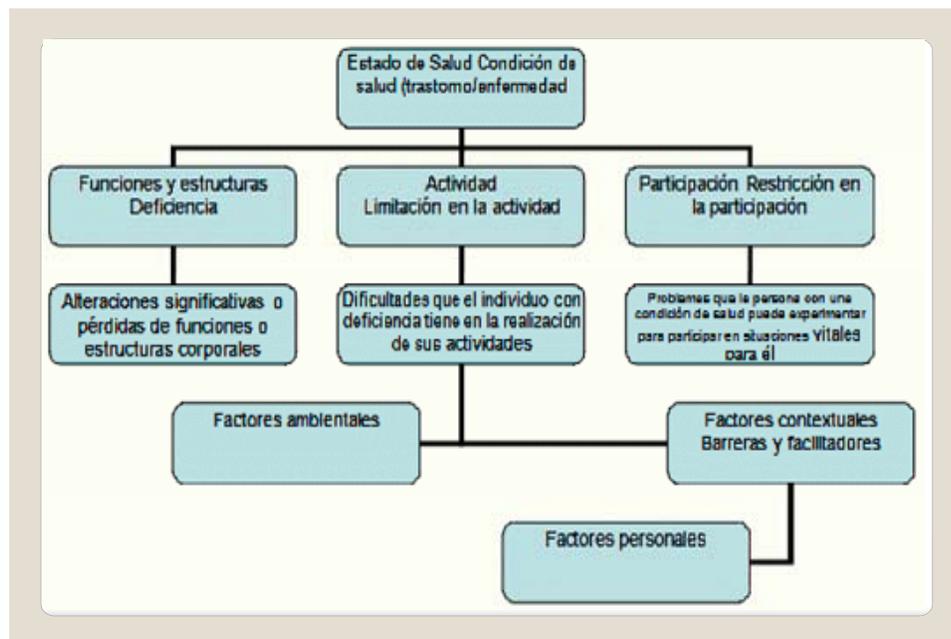


Figura 4. Interacción de los diferentes componentes de la CIF

5.1.1 Alteraciones Funcionales

La discapacidad es vivida por cada individuo en forma diferente, dependiendo no solo de su alteración funcional, sino de las oportunidades que le ofrezca el entorno en el que se desarrolla. De esta forma, no se podría establecer una clasificación que identificara en su conjunto las alteraciones corporales, individuales y sociales. Sin embargo, se puede diferenciar la pérdida o alteración de la capacidad funcional del individuo, a fin de poder establecer el tipo de apoyos que puede requerir cada grupo identificado.

- ✚ **Alteraciones a nivel mental:** en este grupo se ubican los individuos que presentan alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, observándose perturbación en el comportamiento y limitación principalmente en las actividades de interacción y relaciones personales de la vida social, comunitaria y cívica.

- ✚ **Alteraciones del nivel cognitivo:** en este grupo se ubican las personas que presentan alteraciones en las funciones mentales o del sistema nervioso, encontrándose limitaciones principalmente en la ejecución de actividades del aprendizaje y aplicación del conocimiento.

- ✚ **Alteraciones a nivel sensorial visual:** alteraciones de las funciones sensoriales visuales o estructuras del ojo o del sistema nervioso, que limitan al individuo en la ejecución de actividades que impliquen el uso exclusivo de la visión.

- ✚ **Alteraciones a nivel sensorial auditivo:** en este grupo se ubican las personas que presentan limitación en la ejecución de funciones auditivas y/o estructuras del sistema nervioso y que tienen limitaciones principalmente en la ejecución de actividades en forma sonora.

- ✚ **Alteraciones a nivel motor:** en este grupo se ubican los individuos que presentan alteración en las funciones neuromusculoesqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso y relacionadas con el movimiento, viéndose limitada la capacidad de ejecución de actividades que implican movilidad.

- ✚ **Alteraciones múltiples:** existen individuos que presentan alteraciones en dos o más funciones o estructuras corporales, lo que hace que de igual forma se limiten en la ejecución de diversas actividades. En estos casos se necesitarán igualmente, diversos apoyos, los cuales dependerán de las diferentes alteraciones funcionales y estructurales que presenten.
- ✚ **Otras:** No se puede olvidar que existen otras alteraciones que también pueden interferir en el normal funcionamiento del individuo y que requieren apoyo para suplir las necesidades que de estas surjan. Entre estas, podemos encontrar alteraciones a nivel de funciones sensoriales (gustativa, olfativa, propioceptiva, táctil, relacionadas con la temperatura y dolor), funciones de la voz y habla, funciones de los sistemas (cardio-vascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico y endocrino), funciones genitourinarias, reproductoras y funciones de la piel. En esta categoría también se incluyen las alteraciones a estructuras relacionadas con las anteriores funciones.

5.1.2 Grados de discapacidad

La restricción en la participación en todos los grupos diferenciados dependerá fundamentalmente de los factores contextuales, facilitadores o barreras que se encuentren en el lugar donde se desempeña la persona. La combinación entre la capacidad de ejecución y la participación permite establecer el grado de discapacidad

- ✚ **Severo:** La persona no tiene o posee mínimas capacidades para ejecutar actividades de la vida diaria, lo que la hace totalmente dependiente; requiere siempre apoyo de otras personas y de ayudas técnicas. La persona no cuenta con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de actividades de la vida diaria.
- ✚ **Moderado:** La persona tiene algunas capacidades para ejecutar actividades de la vida diaria, lo que la hace semidependiente; requiere apoyo de otras personas o de ayudas técnicas. La persona cuenta algunas veces con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de las actividades de la vida diaria.
- ✚ **Leve:** La persona tiene capacidades para ejecutar la mayoría de las actividades de la vida diaria; requiere ocasionalmente apoyo de otras personas o de ayudas técnicas. La persona cuenta con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de las actividades de la vida diaria.¹⁷

5.2 COMUNICACIÓN

Es un proceso social en el cual es necesario como mínimo que haya dos personas en situación de interacción de ideas o mensajes, un emisor o locutor y un receptor. Para que la comunicación se produzca es necesario que exista entre los interlocutores motivación

¹⁶ Lineamientos de Política de Habilitación Rehabilitación Integral, para el desarrollo familiar, ocupacional, social de las personas con discapacidad. Ministerio de la Protección Social. 2004

para transmitir y recibir. Es preciso que haya intervenido explícita o implícita, un acuerdo entre los interlocutores respecto de la utilización de un código que permita la organización de los mensajes transmitidos tomando un medio o canal de comunicación determinado¹⁸.

La “comunicación” incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macro tipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso; Por “lenguaje” se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal.¹⁹

5.2.1 Proceso de comunicación

La comunicación es un proceso que (en términos generales) incluye los siguientes pasos: Primero, un emisor desea transmitir, intercambiar o compartir un mensaje con un receptor. Segundo, el emisor codifica ese mensaje para que sea comprensible para el receptor. Tercero, envía ese mensaje codificado mediante un canal (él mismo, un correo electrónico, un aviso en prensa escrita, un programa de televisión, etc...). Cuarto, el receptor recibe y decodifica ese mensaje. Quinto, el receptor responde a ese mensaje en función a su comprensión del mismo y da lugar a una retroalimentación. En este punto, cabe señalar que durante este proceso se producen ruidos o interferencias que afectan la comunicación, y que tanto el emisor como el receptor deben tratar de superar para entablar una buena comunicación.

- ✚ Emisor y receptor.- Para que se dé la comunicación deben existir dos partes, el emisor y el receptor, y ambos deben estar predispuestos a comunicarse; es decir, a emitir un mensaje y/o a recibirlo. En el momento en que una de las partes no está interesada en dar y/o recibir un mensaje se anula la comunicación.

¹⁸ LEY 324 11 DE OCTUBRE DE 1996

¹⁹ CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

- ✚ Conexión.- Toda comunicación conecta o une a dos o más personas en un momento dado y en un espacio (físico o virtual) determinado. Sin embargo, cabe destacar que esa conexión puede tener diversas formas, es decir, que puede ser en persona (cara a cara), a distancia (por ejemplo, mediante el envío y recepción de correos electrónicos, mensajes instantáneos, etc..) o impersonal (mediante un programa de televisión o radio en la que el presentador transmite un mensaje a una audiencia compuesta por miles de personas).

- ✚ Transmitir, intercambiar o compartir: Cuando se entabla una comunicación se transmite, intercambia o comparte un mensaje, por tanto, puede ser un proceso dinámico de ida y vuelta entre el emisor y el receptor (en el que ambos intercambian ideas, información o significados), o, simplemente ser una transmisión del emisor al receptor (como sucede con los programas de televisión y radio).

- ✚ Ideas, información o significados comprensibles: Para que se pueda entablar una comunicación entre un emisor y un receptor, deben existir ideas, información o significados (el mensaje) que sean comprensibles para ambos; es decir, que el conjunto de símbolos que utilizan (verbales o no) sean entendibles para ambas partes, caso contrario, no podrían entablar una comunicación.

5.3 INCLUSION

“La inclusión social... es reconocer en los grupos sociales distintos el valor que hay en cada diferencia, el respeto a la diversidad, y el reconocimiento de un tercero vulnerable, con necesidades específicas que deben ser saciadas para que pueda estar en condiciones de igualdad y disfrutar de sus derechos fundamentales”.

Es una práctica que facilita las interacciones y relaciones entre personas diferentes. Este nivel incluye: el análisis de experiencias previas de participación de diferentes colectivos; el fomento de actitudes sociales positivas hacia los colectivos distintos; el desarrollo de

una programación incluyente que responda a las necesidades de todos los usuarios; el establecimiento de una política de publicidad y marketing que incluya la diversidad como valor; la cualificación y formación de profesionales que atienden los servicios y programas y el análisis de los programas ofertados en general y aquellos desarrollados en forma específica para colectivos específicos.²⁰

La inclusión social ha pasado a ser un antídoto contra la pobreza y desigualdad recalcitrantes contra los desajustes asociados con la globalización y contra el descontento generalizado con políticas pasadas. En el nuevo siglo, América Latina va asemejándose a Europa, donde las iniciativas públicas para combatir la exclusión social, que datan de la época de 1980, están sólidamente incorporadas a la política social tanto a nivel nacional como a nivel regional.

Algunas iniciativas políticas pioneras en América Latina se remontan a la década de 1980 y principios de la década de 1990. Un ejemplo es la Constitución Colombiana de 1991, que otorgo reconocimiento a la diversidad étnica y cultural como principio fundamental del Estado. Y durante los últimos tres a cinco años, se ha multiplicado notablemente la actividad de los gobiernos para promover la inclusión social.²¹

5.3.1 Inclusión Comunicativa

Son las condiciones facilitadoras en aspectos cualitativos y cuantitativos de la información y la señalización, hay que contemplar dichas condiciones comunicativas en terminos generales, en el acceso y en los espacios. Todo ello permitirá un pleno acceso a la información que proporciona el entorno.

²⁰ SERVICIOS SOCIOCULTURALES: LA CULTURA DEL OCIO. MINISTERIO DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTE. ESPAÑA. 2004

²¹ INCLUSION SOCIAL Y DESARROLLO ECONOMICO EN AMERICA LATINA. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. EDITADO POR BUVINIC Y COLS. 2004

- Condiciones generales: características, tratamiento de los contenidos y adaptaciones en los materiales que se elaboran para el usuario (paneles informativos, sistemas de señalización, folletos, guías, videos, páginas Web).
- Condiciones de acceso: características referidas a la iluminación, acústica y elementos facilitadores de señalización táctil y de señalización sonora en el acceso exterior e interior.
- Condiciones de los espacios: características relativas a la iluminación, acústica y elementos facilitadores de señalización táctil de y señalización sonora en el espacio interior.

5.4 Modelo Ecológico del Desarrollo Humano

El Modelo Ecológico del Desarrollo Humano de Urie Bronfenbrenner (1987) propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana.

Parte de una visión social del desarrollo como cambio perdurable en la forma en que una persona percibe y opera con su entorno. Se fija en una visión dinámica que se da entre unos escenarios de desarrollo (por ejemplo, la familia) y otros (escuela, comunidad, etc) así como una interinfluencia de efectos entre ellos. Su objetivo será primero definir e inventariar, y después relacionar los conjuntos de sistemas en que se mueve la evolución humana integrando para ello aportaciones de diversas procedencias (entornos, espaciales, históricos y temporales). Al ampliar los estudios de los sistemas de interacción humana desde un punto de vista científico, se puede acceder a las relaciones de causa-efecto, entre los mismos tanto directas como indirectas.²²

Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

²² TALLERES INTEGRALES EN EDUCACION INFANTIL. TRUEBA BEATRIZ 2000

- ✚ El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia).
- ✚ El mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo.
- ✚ El macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad.

Bronfenbrenner (1987) argumenta que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos.²³

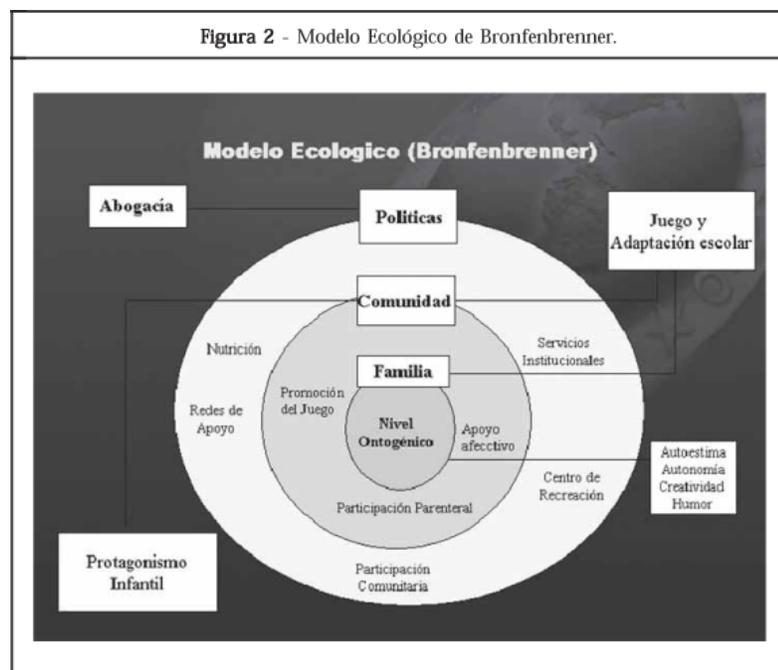


Figura 5. Modelo Ecológico (Bronfenbrenner)

²³ Frías-Armenta, Martha. *Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico*. Brasil: Red Estudios de Psicología, 2006. Pp 16 – 17

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Promover la modificación de hábitos excluyentes en el hospital Meissen contribuyendo a la participación en los procesos de información/comunicación a las personas con deficiencias lingüísticas y familias, a través de la implementación de sistemas de información aumentativos y alternativos.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 🚦 Construir una consciencia social al interior de la institución.
- 🚦 Fortalecer los mecanismos de participación de las personas con deficiencias lingüísticas y familias que asisten a los servicios de habilitación rehabilitación.
- 🚦 Fortalecer toma de decisiones a nivel organizacional las necesidades y expectativas de los usuarios con deficiencias lingüísticas y familias.

7. METODOLOGIA

7.1 PLAN DE ACCION

La metodología de este proyecto se trabajo bajo el Enfoque del Marco Lógico el cual es una manera de estructurar los principales elementos de un proyecto, subrayando los lazos lógicos entre los insumos previstos, las actividades planeadas y los resultados esperados.

- 🚦 1. Identificación: definir las necesidades sentidas como prioritarias por la población sujeto, seleccionar las estrategias de acción para que el proyecto se inserte en el proceso propio del desarrollo de la población y delimitar los recursos previstos, en esta tapa se incluyen: Análisis de involucrados el cual contiene los beneficiarios directos e indirectos (anexo 1), formulación de árbol de problemas (anexo 2), árbol de objetivos (anexo 3), y análisis de alternativas (anexo 4).
- 🚦 2. Diseño y Formulación: sistematizar y formalizar en un documento toda la información relevante referida al proyecto consiste en organizar los resultados obtenidos en la fase de identificación, estableciendo estrategias, plazos, recursos,

y costos entre otros. En esta corresponde formular la matriz de planificación, programación de actividades.

Figura n.6 Plan de acción-basado en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)

SUBSISTEMA	CICLO VITAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	FUENTE DE VERIFICACION	PRODUCTOS	ACCIONES A REALIZAR	ACTIVIDADES A REALIZAR
SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	3 SEMANAS	CONOCER LA POBLACION CON DEFICIENCIAS LINGUISTICAS QUE ASISTE A LA INSTITUCION	CARACTERIZAR A LA POBLACION CON DEFICIENCIAS LINGUISTICAS QUE ASISTEN A LA INSTITUCION	DOCUMENTO DEL DIAGNOSTICO POBLACIONAL	PREPARANDO COMUNICANDO CON SENTIDO- CONOCIENDO NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	IDENTIFICAR Y ANALIZAR LAS FUENTES DE INFORMACION NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROYECTO	IMPLEMENTAR UN FILTRO PARA CAPTAR A LOS PACIENTES CON DEFICIENCIAS LINGUISTICAS DESDE LA CENTRAL DE CITAS DEL HOSPITAL.
	1 SEMANA	CONOCER A LOS ACTORES DEL PROCESO	COVOCAR A LOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO DEFINIDOS EN EL ANALISIS DE PARTICIPANTES	REGSTROS DE CONVOCATORIA Y REGISTROS DE SELECCIÓN		REALIZAR CAMPAÑAS PUBLICITARIAS PARA LA CONVOCATORIA	REALIZAR UN TALLER EN EL CUAL SE SELECCIONE A LOS PARTIPANTES
	1 SEMANA	DESPLIEGUE DE LA INFORMACION	FORTALECER LOS MECANISMOS DE CAPACITACION DE LOS PARTICIPANTES	REGISTRO DE CAPACITACION		CAPACITAR A LOS PARTICIPANTES, SOCIALIZAR METAS, OBJETIVOS Y PLAN DE ACCION PROPUESTO	REALIZAR TALLER LUDICOPEDAGOGICO
	2 SEMANAS	DETERMINAR EL IMAGINARIO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD AL INTERIOR DE LA INSTITUCION	ESTABLECER MECANISMOS PARA IDENTIFICAR EL IMAGINARIO SOCIAL	REGISTROS DE ENCUESTAS		REALIZAR ACTIVIDADES GRUPALES E INDIVIDUALES QUE MIDAN EL IMAGINARIO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD Y ANALIZAR LA INFORMACION	REALIZAR GRUPOS FOCALES Y ENCUESTAS ESTRUCTURADAS Y SEMIESTRUCTURADAS AL AZAR EN LAS AREAS DEL HOSPITAL, ANALIZAR LA INFORMACION

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	3 meses	IMPLEMENTAR SISTEMAS ACCESIBLES PARA LA FACILITACION DE LA COMUNICACION	ADAPTAR SISTEMAS ALTERNATIVOS Y AUMENTATIVOS EN ESPACIOS ESTRATEGICOS	EVIDENCIA DE PIEZAS COMUNICATIVAS Y HERRAMIENTAS DE INFORMACION COMUNICACIÓN ALTERNATIVOS Y AUMENTATIVOS	ARMANDO PARA LA COMUNICACION	IDENTIFICAR LAS HERRAMIENTAS DE INFORMACION COMUNICACIÓN PARA LA ADAPTACION	IMPLEMENTAR LA ADAPTACION DE LAS HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS EN LOS SITIOS
	3 MESES	FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS	FORTALECER LOS PROCESOS DE FORMACION DEL RECURSO HUMANO SELECCIONADO	CERTIFICADOS EDUCATIVOS	ENCUENTROS CON SENTIDO	GENERAR CONVENIOS CON INSTITUCIONES FORMADORAS EN SISTEMAS DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA	REALIZAR CICLOS FORMATIVOS EN LENGUA DE SEÑAS Y SISTEMA DE LECTO ESCRITURA BRAILLE
	1 SEMANA	CONSTRUCCION DE CONSCIENCIA SOCIAL	PROMOCION DE CULTURA ORGANIZACIONAL E IMAGINARIOS POSITIVOS DE LA DISCAPACIDAD	REGISTRO DE CAPACITACIONES, RESULTADOS DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS		REALIZAR ENCUENTROS DE SENSIBILIZACION Y CONSCIENTIZACION DE LA DISCAPACIDAD	TALLERES LUDICOPEDAGOGICOS
SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION	3 SEMANAS	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS FASES DEL PROYECTO	REALIZAR MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCION	ACTAS DE COMITES, PLANES DE MEJORAMIENTO, ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS	EVALUANDO COMUNICANDO CON SENTIDO	CONFORMAR EL COMITÉ OPERATIVO Y EL COMITÉ TECNICO DEL PROYECTO	REALIZAR SEGUIMIENTOS PERIODICOS DE TIPO SECUENCIAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS METAS.
	1 SEMANA	FORTALECER LA TOMA DE DECISIONES ORGANIZACIONAL	CONOCER LA PERCEPCION DE LOS CLINETES INTERNOS Y EXTERNOS FRENTE AL TRABAJO ELABORADO	ENCUESTAS DE SATISFACCION, ANALISIS DE GRUPOS FOCALES, ANALISIS DE SUGERENCIAS, RECOMENDACIONES, QUEJAS Y RECLAMOS.		ESTABLECER MECANISMOS DE ESCUCHA DE LA PERCEPCION DE CLIENTES EXTEROS E INTERNOS	REALIZACION DE GRUPOS FOCALES Y ENCUESTAS DE SATISFACCION A PERSONAS CON ESTAS LIMITACIONES Y A LOS TRABAJADORES

7.2 Desarrollo del plan de acción

7.2.1 Subsistema de Control Estratégico

Producto 1. “Preparando Comunicando con Sentido”- Conociendo necesidades y expectativas

Objetivo general n. 1: Conocer la población con limitaciones lingüísticas que asiste a la institución.

Objetivo específico: Caracterizar a la población con limitaciones lingüísticas que asiste a la institución.

Acciones: identificar y analizar las fuentes de información necesarias para la implementación del proyecto.

- 📌 Analizar información en base de datos institucional SYGMA, con el fin de buscar histórico y trazabilidad de la misma.
- 📌 Analizar la información suministrada por la Secretaria Distrital de Salud y fuentes DANE, sobre las estadísticas en discapacidad de las 4 localidades que componen la Sub Red Sur de hospitales del Distrito Capital.

Actividades: Implementar filtros en base de datos del sistema HEON con el cual el hospital se encuentra trabajando actualmente, con el fin de identificar y conocer la población que utiliza los distintos servicios del hospital y tiene alteraciones lingüísticas.

Objetivo general n. 2: Conocer a los actores del proceso.

Objetivo específico: convocar a los participantes del proyecto definidos en el análisis de participantes, tanto el equipo de apoyo terapéutico (6 informadoras de salas de espera del hospital, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudiólogo, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 trabajador social, 1 médico especialista), como personas con limitaciones lingüísticas y cuidadores o familiares que asisten a la institución.

Acción: Realizar campañas publicitarias intra y extra institucionales para la convocatoria, tanto de profesionales del equipo de apoyo terapéutico, como de personas con limitaciones lingüísticas, sus familias y/o cuidadores de la comunidad que asisten a la institución.

Actividad: Seleccionar a los participantes según su perfil y rol dentro de la institución.

Objetivo general n. 3: Realizar despliegue informativo a los actores del proceso.

Objetivo específico: Fortacer el conocimiento de las participantes en el tema, a través de la contextualización de referentes conceptuales.

Acción: Capacitar a los participantes en referentes conceptuales, socializar y divulgar el plan de acción propuesto y los objetivos del mismo.

Actividad: Realizar un taller empleando diversas técnicas lúdico-pedagógicas para la comprensión y concientización del tema.

Objetivo general n.4: Determinar el imaginario social de la discapacidad al interior de la institución.

Objetivo específico: Establecer mecanismos para identificar el imaginario social de la discapacidad al interior de la institución.

Acción: Realizar actividades grupales e individuales que midan el imaginario social de la discapacidad y analizar y consolidar la información.

Actividad: Realizar grupos focales y encuestas.

- Realizar 1 grupo focal compuesto por el equipo profesional de apoyo terapéutico seleccionado, las personas con limitaciones lingüísticas, familias y cuidadores, a demás con personal de la institución y pacientes que no estén dentro del proceso.

- ✚ Realizar 100 encuestas exploratorias al azar a personal que labora en el hospital (áreas asistenciales y administrativas), a pacientes y personas con limitaciones lingüísticas, familias y cuidadores.

- ✚ Analizar y consolidar la información.

*Adicionalmente este proyecto contará con la coordinación de un profesional especialista en Gestión en Rehabilitación y en temas de discapacidad, con la asesoría de un profesional experto en sistemas de comunicación aumentativa y alternativa y un especialista en tiflogía.

7.2.2 Subsistema de Control de Gestión

Producto 2“Armando Comunicando con Sentido”

Objetivo general: Implementar sistemas accesibles para la facilitación de la comunicación.

Objetivo específico: Adaptar sistemas alternativos y aumentativos de comunicación a través de la implementación de piezas comunicativas y adaptaciones en espacios estratégicos.

Acción: Identificar cual es la necesidad de herramientas, piezas comunicativas, sistemas de información aumentativos y/o alternativos o adaptaciones, necesarias para la implementación, al igual que los sitios estratégicos para la ubicación, lo anterior basado en la caracterización y en el resultado del subsistema de control estratégico.

Actividad: implementar las piezas comunicativas, herramientas, sistemas de comunicación aumentativos y alternativos seleccionados en los sitios estratégicos identificados.

Producto 3 “Encuentros con Sentido”

Objetivo general n.1: Fortalecer los procesos de formación del equipo de apoyo terapéutico seleccionado.

Objetivo específico: Generar convenios con instituciones formadoras en sistemas de comunicación aumentativa y alternativa y fortalecer los vínculos para el trabajo en red con diversas instituciones expertas en el tema.

Acción: generar convenios con instituciones certificadas en formación de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa.

Actividad: Realizar ciclos de niveles básico e intermedio de educación formativa dirigidos al equipo de de apoyo terapéutico previamente seleccionado en lengua de señas colombiana (6 personas) y sistemas de lecto escritura braille (6 personas) con instituciones certificadas para tal fin.

Objetivo general n. 2: Construir una conciencia social de la discapacidad al interior de la institución.

Objetivo específico: Promocionar una cultura organizacional e imaginarios sociales positivos de la discapacidad, a través de la disminución de barreras actitudinales al interior de la institución.

Acción: Realizar encuentros de concientización y sensibilización de la discapacidad dirigido a los colaboradores del hospital de las áreas asistenciales y administrativas (guardas de seguridad, personal de servicios generales, informadoras, facturadores, personal asistencial, personal directivo, entre otros) y a usuarios de los servicios del hospital.

Actividad: Realizar talleres utilizando diversas técnicas lúdico-pedagógicas dirigido al personal anteriormente mencionado, con el fin de fortalecer la comprensión y la concientización en el tema.

7.2.3 Subsistema de Control de Evaluación

Producto 4. “Evaluando comunicando con Sentido”

Objetivo general n.1: Garantizar el cumplimiento de cada una de las fases y productos del proyecto.

Objetivo específico: Realizar monitoreo y seguimiento al cumplimiento del plan de acción formulado.

Acción: Conformar un comité técnico y operativo y los responsables del seguimiento al cumplimiento del plan de acción.

Actividad: Realizar seguimientos periódicos a nivel técnico y operativo para garantizar el cumplimiento del plan de acción, de acuerdo a los objetivos, acciones y actividades propuestas frente al cronograma planteado.

Objetivo general n.2: Fortalecer la toma de decisiones a nivel organizacional frente a los hallazgos arrojados en las distintas fases de implementación, y la percepción de los usuarios.

Objetivo específico: Conocer la percepción de los clientes internos y externos frente al trabajo elaborado en las distintas fases, para la toma de decisiones

Acción: establecer mecanismo de escucha de la percepción de los clientes internos y externos del hospital.

Actividad: Realizar grupos focales y encuestas basadas en la implementación de las fases y el trabajo elaborado durante el proyecto.

- 🚩 Realizar 1 grupo focal compuesto por el equipo profesional de apoyo terapéutico seleccionado, las personas con limitaciones lingüísticas, familias y cuidadores, a demás con personal de la institución y pacientes que no estén dentro del proceso.

- ✚ Realizar 100 encuestas exploratorias al azar a personal que labora en el hospital (áreas asistenciales y administrativas), a pacientes y personas con limitaciones lingüísticas, familias y cuidadores.
- ✚ Analizar y consolidar la información para fortalecer la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad de los servicios del hospital.

8. CONCLUSIONES

- ✚ La comunicación es un factor necesario en la participación de los usuarios con múltiples discapacidades en la satisfacción con los servicios de salud y en la toma de decisiones compartida.
- ✚ Las tecnologías de información comunicación y las tecnologías de asistencia de apoyo a la discapacidad mejoran la comunicación en personas con distintas discapacidades.
- ✚ En diversos estudios realizados en instituciones de salud se encuentra que los usuarios esperan mayor información y autonomía frente a la toma de decisiones en los procesos de habilitación rehabilitación y mejorar la relación profesional tratante– paciente y viceversa.
- ✚ Es necesario disminuir las barreras actitudinales que limitan el acceso a la atención de las personas que presentan limitaciones lingüísticas en los procesos de habilitación rehabilitación.
- ✚ Una mayor información que permita la autonomía y favorezca la toma de decisión compartida es el cambio más deseado por los usuarios para mejorar su actual asistencia sanitaria, por delante de cambios de tipo administrativo y/o arquitectónicos.
- ✚ Las barreras de comunicación provocan a las personas con discapacidad auditiva la desconexión con las políticas institucionales y la ausencia de participación en

actividades sociales, económicas y culturales totalmente normalizadas para el resto de personas que conforma la sociedad.

- ✚ No existen mecanismos de comunicación alternativa o aumentativa que garanticen la inclusión y participación con deficiencias lingüísticas en las instituciones de salud.
- ✚ Existen hábitos excluyentes de las instituciones de salud y poca concientización de los trabajadores frente a las personas con diversas condiciones de salud.
- ✚ Existen imaginarios sociales negativos de los trabajadores de la salud (lastima, desconocimiento, pesar, indiferencia), frente a las personas con diferentes deficiencias estructurales o corporales, que afectan o limitan las actividades en actividades y autonomía.
- ✚ Sentirse bien informado es una necesidad y una expectativa irrenunciable de los usuarios de los servicios y también un compromiso de los responsables y gestores sanitarios.
- ✚ La información escrita que se proporciona a pacientes y familiares puede evaluarse y mejorarse utilizando una metodología rigurosa que facilite la toma de decisiones, garantice la calidad de los diferentes soportes escritos y contribuya a que la relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios sea más fácil y satisfactoria para ambos.

9. RECOMENDACIONES

- ✚ Las instituciones de salud deben asumir la responsabilidad de asegurar que sus servicios y recursos sean accesibles a las personas con discapacidad como condición que deben cumplir los entornos y servicios para que sean comprensibles y utilizables para todas las personas.

- ✚ En las instituciones de salud es muy recomendable contar con personas con dominio de Lengua de Signos porque es lo que buscan los usuarios con discapacidad auditiva para poder comunicarse con su idioma natural y acceder con facilidad a la información. Siendo un elemento integrador y posibilitador de la igualdad real para los usuarios con discapacidad auditiva.
- ✚ Trabajar en la garantía de la inclusión social y la participación de la personas con limitaciones lingüísticas que utilizan los servicios de las instituciones de salud.

10. BIBLIOGRAFIA

- ✚ Articulo Información y autonomía: cambios más deseados por los pacientes para mejorar la asistencia sanitaria, Hermosilla y Vidal- 2010
- ✚ Articulo Información de calidad para los pacientes: menos intuición y más método- escuela andaluza de salud pública- prieto-2010.
- ✚ Articulo Intervenciones de toma de decisiones compartida para los pacientes con enfermedades mentales-Duncan y Cols -2010
- ✚ Articulo Trabajo interdisciplinario en el desarrollo de tecnologías de apoyo a la discapacidad- Bohorquez y cols. 2003
- ✚ Articulo Intervenciones para la promoción del uso de las tecnologías de la información y la comunicación entre profesionales sanitarios- Gagnon y cols. 2009.
- ✚ Articulo La práctica de la comunicación educativa con niños discapacitados visuales a través del teatro. Ramírez 2010.
- ✚ Lineamientos de política de Comunicación- Comunicación para Todos- lineamientos para una política de comunicación para la construcción de una

nueva imagen social de las personas con discapacidades físicas, sensoriales o mentales-Presidencia de la Republica de Colombia- 2002.

- 🚩 Artículo especial Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura, Baquero y cols.2001.
- 🚩 Comunicación Oral Fundamentos y Práctica Estratégica», Primera Edición, de Fonseca Yerena Maria del Socorro, Pearson Educación, México, 2000, Pág. 4.
- 🚩 Lineamientos de Política de Habilitación Rehabilitación Integral, para el desarrollo familiar, ocupacional, social de las personas con discapacidad. Ministerio de la Protección Social. 2004
- 🚩 La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2006; 44(2): 89-97
- 🚩 Guía práctica para el ejercicio de derechos de mujeres con discapacidad: Mecanismos y escenarios para la participación, derecho a la inclusión.
- 🚩 Mujeres y genero en América Latina: participación social, www.lai.fuberlin.de/es/e.../rot.../contexto.html
- 🚩 Frías-Armenta, Martha. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Brasil: Red Estudios de Psicología, 2006. Pp 16 – 17
- 🚩 García G. Raíces históricas del pensamiento bioético y de la investigación médica en sujetos humanos en Cuba en "Bioética desde una perspectiva cubana". La Habana: Edit. Félix Varela; 1997:43-9.

Este proyecto cuenta con un análisis presupuestal basado en el costo de la inversión de los recursos empleados en personal, equipos, infraestructura y subcontratos. Se realizó basado en la investigación de las necesidades de las fases del plan de acción y en la búsqueda en diversos medios de los costos de los años 2010 y 2011 de cada uno de los recursos requeridos.

Anexo 1. PRESUPUESTO

RECURSOS	AÑO 1
PERSONAL	
Asesor experto en comunicación visual y auditiva	15.000.000
Fonoaudiólogo especializado en tiflogía	10.000.000
Coordinador- terapeuta especialista en Gestión en Rehabilitación	15.000.000
Técnico en mantenimiento	3.600.000
Arquitecto	9.000.000
SUBTOTAL PERSONAL	47.600.00
CAPACITACION	
Capacitación niveles básico e intermedio lengua de señas y evaluaciones- 6 personas	3.795.000
Capacitación niveles básico e intermedio sistema braille- 6 personas	4.000.000
SUBTOTAL CAPACITACION	7.795.000
SUBCONTRATOS	
5 Talleres de sensibilización (100 personas), incluidos refrigerios, insumos utilizados.	1.000.000
Grupos focales (6) de 10 personas c/uno, incluye: refrigerios, invitaciones, sistematización	2.000.000

Encuestas (290)- sistematización	100.000
Sistematización de la experiencia	1.000.000
SUBTOTAL SUBCONTRATOS	4.100.000
EQUIPOS	
Medios de apoyo oral y acústico, adaptaciones visuales y acústicas, ayudas técnicas.	20.000.000
SUBTOTAL EQUIPOS	20.000.000
INFRAESTRUCTURA	
Adecuaciones	10.000.000
Obras de ingeniería	5.000.000
SUBTOTAL INFRAESTRUCTURA	15.000.000
TOTAL DE COSTO DEL PROYECTO	94.495.000

Anexo 2. RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS FORTALECIMIENTO DE LA COMUNIDAD CIENTIFICA

OBJETIVO	RESULTADO/PRODUCTO ESPERADO DE FORTALECIMIENTO DE LA COMUNIDAD CIENTIFICA	INDICADOR DE VERFICACION	POTENCIALES BENEFICIARIOS
<p>Promover la modificación de hábitos excluyentes en el hospital Meissen contribuyendo a la participación en los procesos de información/comunicación a las personas con deficiencias lingüísticas y familias, a través de la implementación de sistemas de información accesibles.</p>	<p>Generación de hábitos incluyentes evidenciando que las personas con deficiencias lingüísticas participan a través de los mecanismos de información</p>	<p>Número total de personas con deficiencias lingüísticas que participan a través de los mecanismos / total de personas que utilizan los mecanismos de participación de la institución.</p>	<p>Personas con deficiencias lingüísticas; sensorial, cognitiva y mental y familias, que asisten a la institución.</p>
<p>Construir consciencia social al interior de la institución</p>	<p>Cambio de la cultural organizacional consciente y sensible en discapacidad, que reconoce la diversidad y el respeto mutuo.</p>	<p>Numero de prácticas incluyentes en la organización en beneficio de la atención en salud de las personas con deficiencias</p>	<p>Trabajadores del hospital, pacientes con deficiencias lingüísticas y familias.</p>

lingüísticas /
total de
prácticas en
salud

Fortalecer la toma de decisiones a nivel organizacional con las opiniones y sugerencias de los usuarios con deficiencias lingüísticas y familias

Reconocimiento del derecho del acceso a la información comunicación de las personas con deficiencias lingüísticas como herramienta fundamental para la toma de decisiones a nivel organizacional.

Total de acciones implementadas en la toma de decisión organizacional basada en opiniones y sugerencias de las personas con deficiencias lingüísticas/
total de acciones generadas

Trabajadores del hospital, pacientes con deficiencias lingüísticas y familias.

Este proyecto de Gestión en rehabilitación, tiene como principal impacto esperado contribuir a la inclusión social de las personas con discapacidad en los territorios, promoviendo la modificación de hábitos excluyentes en una institución de salud, contribuyendo a la participación de las personas con limitaciones lingüísticas a través de la implementación de sistemas de comunicación información accesibles.

Anexo 3. IMPACTOS

OBJETIVO	IMPACTO ESPERADO	BENEFICIARIO POTENCIAL	INDICADOR VERIFICABLE
Promover la modificación de hábitos excluyentes en el hospital Meissen contribuyendo a la participación en los procesos de información/comunicación a las personas con discapacidad que presentan deficiencias lingüísticas y familias, a través de la implementación de sistemas de información accesibles	Contribuir a la inclusión social de las personas con discapacidad que presentan deficiencias lingüísticas en el en todos los territorios.	Toda la sociedad, Personas con discapacidad que presentan limitaciones lingüísticas: personas con deficiencias sensoriales, mentales y cognitivas y familias.	A largo plazo con la medición de la inclusión en la sociedad para la participación de esta población.
Construir consciencia social al interior de la institución	Promoción de la equiparación de oportunidades en la participación esta población a nivel socio-comunitario.	Toda la sociedad, las Personas con discapacidad que presentan limitaciones lingüísticas: personas con deficiencias	A largo plazo a través de la eliminación de imaginarios sociales negativos hacia las personas con discapacidad.

sensoriales,
mentales y
cognitivas y
familias

Fortalecer la toma de decisiones a nivel organizacional con las opiniones y sugerencias de los usuarios con deficiencias lingüísticas y familias

Promover la equiparación de oportunidades y la autonomía de esta población en el marco social.

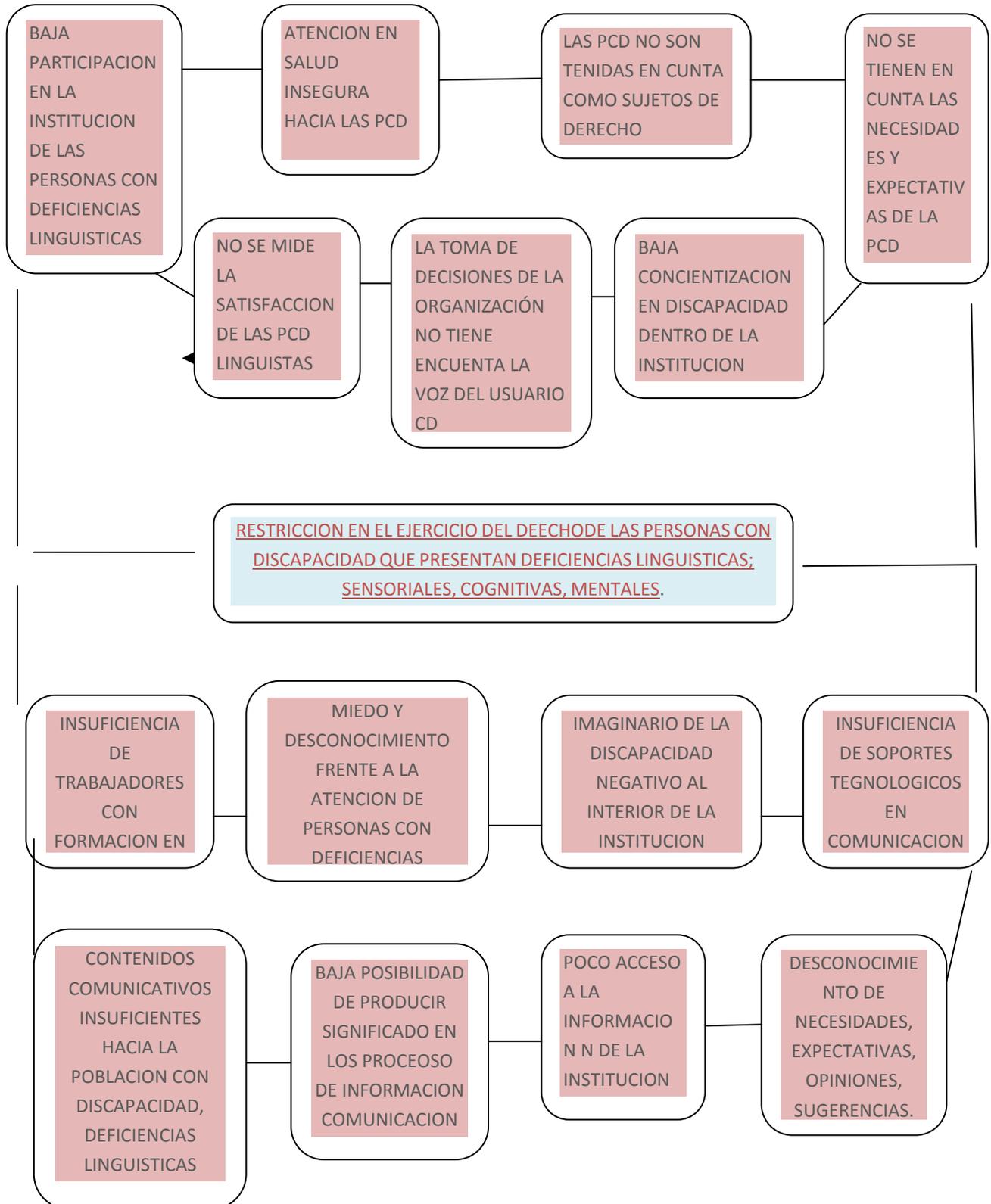
Toda la sociedad, las Personas con discapacidad que presentan limitaciones lingüísticas: personas con deficiencias sensoriales, mentales y cognitivas y familias

A largo plazo en la medida en que se garantice el derecho de las personas con discapacidad a generar autonomía y equiparación de oportunidades.

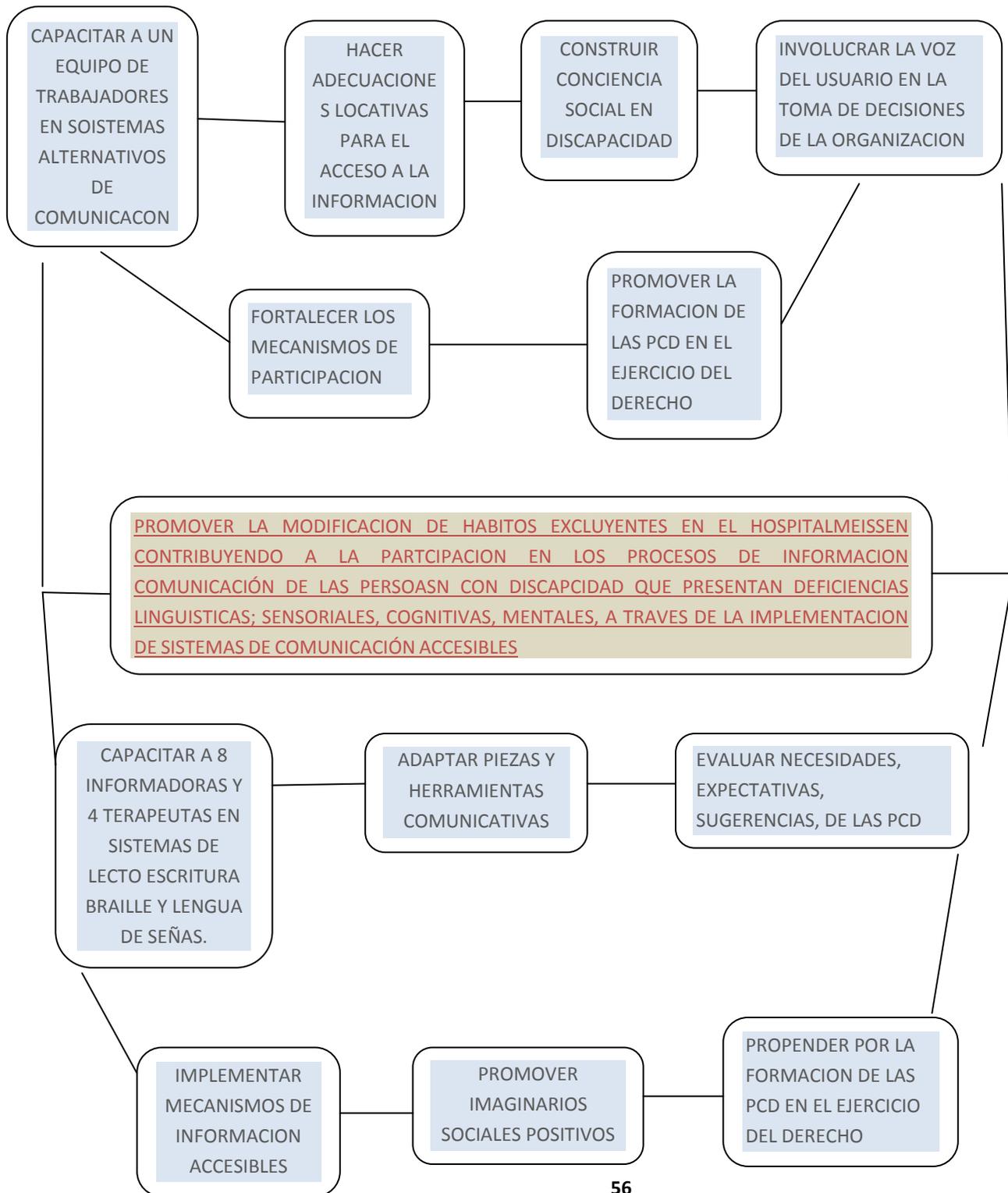
Anexo 4: ANALISIS DE INVOLUCRADOS

BENEFICIARIOS DIRECTOS	BENEFICIARIOS INDIRECTOS	EXCLUIDOS/ NEUTRALES	PERJUDICADOS/ Oponentes
6 informadoras de salas de espera del hospital y 6 profesionales de apoyo terapéutico: (1Terapeuta ocupacional, 1fonoaudiólogo, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 trabajador social, 1 médico especialista).	Personas con discapacidad que presentan deficiencias lingüísticas; sensoriales, multisensoriales, mentales y/o cognitivas. Y familias y/o cuidadores	Usuarios de las EPSs de las localidades de la Sub red Sur, con quienes el hospital no tiene convenio.	Personas de las áreas administrativas y/o asistenciales de la entidad para quienes el trabajo propuesto no sea relevante o genere reactividad

Anexo 5. Árbol del Problema



Anexo 6. Árbol de objetivos



Anexo 7. ANALISIS DE ALTERNATIVAS

CRITERIOS	ALTERNATIVA 1: INCLUSION SOCIAL	ALTERNATIVA 2: PARTICIPACION CIUDADANA	ALTERNATIVA 3: CONSTRUCCION DE CONCIENCIA SOCIAL
COSTO	BAJO	BAJO	BAJO
TIEMPO	MEDIO	MEDIO	ALTO
CONCENTRACION SOBRE BENEFICIARIOS	ALTO	ALTO	ALTO
RIESGOS SOCIALES	ALTO	ALTO	MEDIO
IMPACTO	ALTO	ALTO	ALTO