

UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CÁTEDRA SALUD, SALUD PÚBLICA Y TRABAJO SOCIAL
FICHA DE CÁTEDRA. PROFESORA CECILIA ASTORGA

PROPUESTA DE ABORDAJE TERRITORIAL EN DISCAPACIDAD

Hacia Redes Integradas de Servicios de Salud en Jujuy

*Perspectiva interdisciplinar en el abordaje
de la Rehabilitación Basada en la Comunidad*

AÑO 2020

RESUMEN: El presente proyecto pretende aportar desde la Dirección Provincial de Rehabilitación (DpR) a los equipos de salud en la atención de las Personas con Discapacidad (PcD) mediante la aplicación de un Triage que permita orientar prioridad en la asistencia socio-sanitaria mediante la nominación de los pacientes, la georreferenciación y conocimiento de sus necesidades de salud y de rehabilitación para organizar y garantizar una oferta accesible y oportuna de la atención requerida. Identificar la población y sus necesidades de salud permitirá sostener procesos de cuidado continuo centrados en la persona, la familia y la comunidad.

PLANTEO DE LA PROBLEMÁTICA

La Dirección Provincial de Rehabilitación (DpR) depende de la Secretaría de Salud-Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy. Esta dirección cuenta con la Coordinación de Juntas de Evaluación y Certificación de Discapacidad y la Coordinación de Red de Rehabilitación

Misión de la Coordinación Provincial de Rehabilitación (Decreto 2001 BS):

- Normatizar, supervisar, evaluar, coordinar y controlar las actividades de Rehabilitación en la Provincia.
- Certificar la Discapacidad a través de la Junta Evaluadora.
- Promover la asistencia integral, integración e inclusión social de las personas con discapacidad, logrando el aprovechamiento máximo de sus potencialidades, mediante acciones profesionales: médicas, sociales, económicas, políticas, culturales, etc. A través de los distintos programas de salud y rehabilitación integral tanto públicos como privados.

RELACIÓN CON EL CONTEXTO: La DpR en el campo de la salud -y específicamente en lo vinculado a la Discapacidad- ejerce el liderazgo en la coordinación interorganizacional

y es centralizadora de la **demanda** del resto de las organizaciones públicas y privadas que intervienen en el tema ya que recibe:

- Solicitudes de evaluación para el acceso al Certificado Único de Discapacidad (CUD) (presenciales y no presenciales)
- Solicitudes de equipamiento de PcD con cobertura pública de salud
- Solicitud de asesoramiento vinculado al acceso al CUD, a los derechos de las PcD, y al manejo de las diversas situaciones socio-familiares ante al advenimiento de la discapacidad.
- Demandas de rehabilitación psicofísica en el Centro de Rehabilitación Jure para PcD y/o limitación funcional con cobertura pública de salud.

PROBLEMA DE GESTIÓN: La composición de la demanda en estos últimos años ha incidido en el tránsito desde el perfil del ***Modelo Asistencial que se venía desplegando desde la estrategia de APS, hacia un Modelo más centralizado en el Tercer nivel de Atención, es decir jerarquizando la asistencia médica curativa de alta tecnología en discapacidad por sobre las estrategias territoriales. Entonces, el PROBLEMA DE GESTIÓN que se identifica es la dificultad para arraigar y sostener una perspectiva territorial de Salud Colectiva.***

Identificado el problema de gestión se señala ahora los efectos no deseados que éste tiene a nivel poblacional:

1. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención sin capacitación en la Gestión de Atención de la demanda en discapacidad.
2. Población que demanda atención vinculada a discapacidad que no satisface su demanda en su entorno próximo.
3. Población **con necesidades de atención** vinculadas a la discapacidad **que no demanda estos servicios ni es captada** por los equipos de Atención Primaria en una búsqueda activa de los mismos.

Descripción de la población:



La provincia de Jujuy según el último Censo 2010 contaba con una población de 666.852 habitantes, encontrándose cubierta por APS el 74% de la misma, de los cuales aproximadamente un **2,11% presenta algún tipo de limitación permanente**. Un 57% de los cuales fueron categorizados con un déficit Mental, un 22% Motor, un 15% Sensorial y un 6% Visceral según datos de la Dirección provincial de Atención Primaria de la Salud. Por otro lado, aproximadamente un 2,64% de la población total de Jujuy se encuentra Certificada por Discapacidad según datos de la DpR.

¿Por qué seleccionar este problema? Este problema es prioritario por la cantidad de personas afectadas, el Equipo de la DpR tiene capacidad de gestión para abordarlo (ámbito de gobernabilidad) y la articulación necesaria con el Departamento Provincial de Trabajo Social y Referentes locales. Intervenir en el problema impacta en otros problemas asociados como por ejemplo la accesibilidad al sistema de salud, la falta de espacios de encuentro de la DpR con instituciones de la comunidad como las Escuelas, la deficiente perspectiva intersectorial con la que se abordan problemas sociales complejos, etc. Y finalmente, es altamente valorado por la comunidad la presencia de equipos del Segundo y Tercer nivel de Atención en el territorio en apoyo a los Equipos de Atención Primaria locales. Esto se traduce frecuentemente en los discursos de los usuarios cuando solicitan la presencia de “especialistas” en el lugar.

PERTINENCIA Y ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy tiene el objetivo de *“garantizar la atención integral de la salud de todas las personas que habitan o transitan el territorio de la provincia de Jujuy bajo condiciones controladas y validadas de calidad y seguridad, con el menor impacto ambiental posible y un adecuado y eficiente uso de recursos disponibles”*. Su visión es *“lograr una gestión eficaz eficiente y efectiva de la red de servicios de salud de la provincia de Jujuy, mediante políticas públicas participativas e integradoras de todas las partes interesadas”*.

Como **antecedentes y trayectoria** en la problemática abordada por el proyecto la DpR llevó a cabo:

- La implementación en la provincia de la estrategia de **Rehabilitación Basada en la Comunidad**¹ (RBC) que implicó la capacitación a Agentes Sanitarios para la identificación de personas con dificultades en cada una de las comunidades y el

¹ La Rehabilitación basada en la Comunidad es una estrategia de desarrollo socio-económico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades desde un trabajo intersectorial. El horizonte de trabajo desde esta estrategia se resume en la llamada matriz de RBC propuesta por la O.M.S. en la que -desde distintas áreas- se aborda la problemática:

- Salud: Promoción-Prevención-Atención médica-Rehabilitación-Dispositivos de ayuda.
- Educación: Primera infancia-Primaria-Secundaria-Extraescolar-Aprendizaje permanente.
- Medios de Sustento: Desarrollo de las aptitudes-Empleo por cuenta propia-Empleo asalariado-Servicios financieros-Protección social.
- Social: Asistencia personal-Relaciones, matrimonio y familia -Cultura y Arte- Recreación, Ocio y Deportes- Justicia.
- Fomento a la autonomía: Promoción y comunicación-Movilización comunitaria-Participación política-Grupos de autoayuda-Recreación ocio y deportes.

despliegue de diversas acciones comunitarias y familiares que favorecían su integración plena y efectiva; con la correspondiente atención especializada cuando lo requería. Esta estrategia se desarrolló en cooperación con la Comisión Nacional Asesora de PcD (Co.Na.Dis.). Y se llegó a capacitar a más de 200 Agentes Sanitarios del Departamento de Maimará, Libertador General San Martín, Departamento Dr. Manuel Belgrano y Tilcara. En estas instancias se proveyó material de trabajo vinculado a la estrategia de RBC y se adecuó el Instrumento de Identificación y registro de personas con limitación funcional permanente con el cual todos los Agentes Sanitarios de la provincia trabajaron en terreno lo que permitió afinar y unificar este registro luego incorporado al Formulario N°883 e Instructivo correspondiente.

- La gestión en Red con fuerte colaboración de los 16 Municipios y Comisiones Municipales que integran la provincia a través de los **Corredores Inclusivos**, trabajo que permitió la intersectorialidad dado que se dio respuesta no sólo a necesidades individuales sino que se estableció un abordaje integral vinculado a los determinantes en salud. Como también articulación con Escuelas de Educación Especial para el asesoramiento y la Evaluación y Certificación de Discapacidad.
- La implementación de **Referentes Locales en discapacidad** en el interior de la provincia. Trabajadores Sociales y/o miembros de equipos de salud que orientan, asesoran y obtienen turnos protegidos para evaluación de la Junta de Certificación de discapacidad en el nivel central y se articulan Itinerancias al interior que en la actualidad se concretan mediante la atención no presencial.

Por otro lado, en relación a los antecedentes la provincia de Jujuy tiene una larga trayectoria en el trabajo de Atención Primaria de la Salud con una extensa red de cobertura poblacional de Centros de Atención Primaria; esto hace que efectivamente se cuente a nivel local con Equipos de anclaje territorial que conocen la problemática socio-sanitaria de la zona.

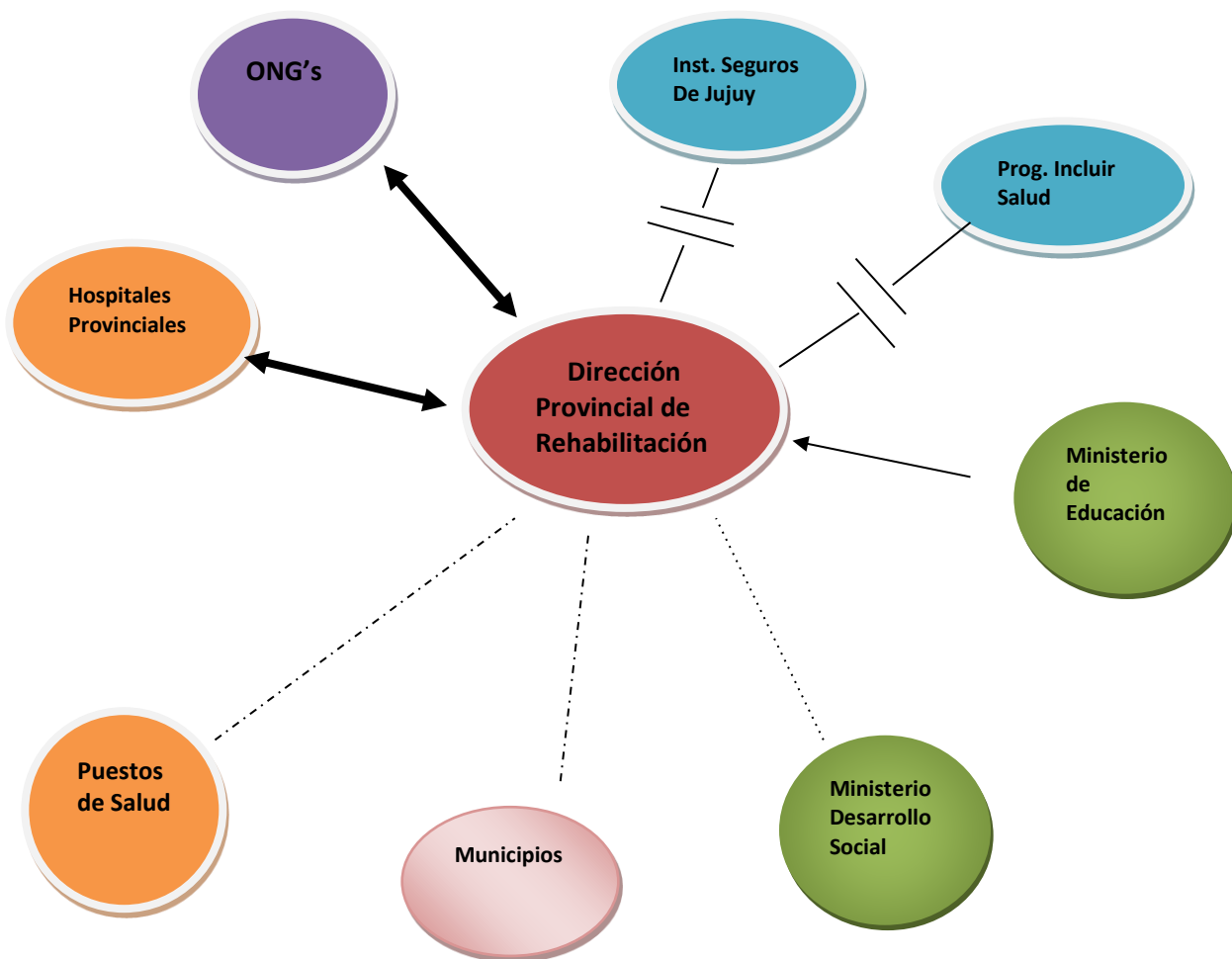
MAPA DE ACTORES

La DpR se vincula con distintos actores que con distintos grados de poder y participación se encuentran involucrados en la atención de las PcD.

Organización	Rol
Hospitales Públicos Provinciales	Asistencia Médica- Planteo del tratamiento requerido- Emisión de informes del paciente Realización de estudios complementarios requeridos para la evaluación de Discapacidad Orientación e Intervención Socio-familiar Solicitud de insumos y equipamiento requeridos en el proceso de rehabilitación Cuentan con Referentes locales de salud para orientación en el acceso a evaluación de discapacidad
Organizaciones No Gubernamentales de Rehabilitación	Asistencia Médica- Planteo del tratamiento requerido- Brindan prestaciones- Emisión de informes del paciente Realización de estudios complementarios requeridos para la evaluación de Discapacidad Orientación e Intervención Socio-familiar Solicitud de insumos y equipamiento requeridos en el proceso de rehabilitación
Instituto de Seguros de Jujuy (ISJ)	Financia la cobertura médica de empleados públicos provinciales y de las PcD sin cobertura ni posibilidad de adquirirla que cuenten con CUD (Ley 4398/88) Solicitan CUD actualizado de los afiliados
Programa Incluir Salud	Financia prestaciones a personas beneficiarias de la Pensiones No Contributivas Solicitan CUD actualizado de los beneficiarios

Puestos de Salud provinciales	Ubicados en toda la provincia relevan en la población personas con dificultades o limitación permanente y las remiten a la DpR Solicitan y reciben capacitación específica desde la DpR para implementar la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad. Acción que no se hace desde 2016.
Municipios Departamentales	A través de sus Direcciones de Asuntos Sociales canalizan las diferentes demandas de los pobladores. Conforman los Corredores Inclusivos que tienen en el objetivo de trabajar territorialmente en discapacidad desde un modelo social. Cuentan con Referentes locales de salud para orientación en el acceso a evaluación de discapacidad
Ministerio de Desarrollo Social	Este Ministerio es el encargado de del abordaje de problemáticas sociales ya sea por asistencia directa o promoción y protección de derechos. Junto a la DpR integra el Consejo Provincial de Discapacidad cuya presidencia es ejercida por el Secretario de Salud con el fin de proponer analizar y abordar la Discapacidad desde una mirada y acción Intersectorial para impactar en los determinantes de la salud y la equidad.
Ministerio de Educación (Escuelas)	Este Ministerio es el encargado de brindar educación en los niveles inicial, primario y secundario; así como de la Educación Especial y los Gabinetes que llevan a cabo la Inclusión Escolar. También integra el Consejo provincial de Discapacidad Escuelas, a través de los y las docentes derivan continuamente niños y jóvenes para el asesoramiento familiar y correspondiente evaluación de discapacidad, de modo de poder ser incluidos escolarmente.

Gráfico de la Red



DESCRIPCION DEL MARCO CONTEXTUAL Y LA ESPECIFICIDAD DE LA ESTRATEGIA QUE SE PROPONE IMPLEMENTAR

El presente proyecto pretende plantear una estrategia integral desde la perspectiva comunitaria en la que todo el sistema de salud se articula para dar respuesta; lo que nos invita a resignificar nuestras concepciones, prácticas e intervenciones en Salud Pública desde la perspectiva del trabajo en red. Si bien nuestras prácticas actuales y específicamente desde la DpR no se desarrollan en el ámbito estrictamente comunitario, hoy cualquier intervención en Salud Pública -al menos en Documentos de Planes y Programas oficiales²- se encuadra en la perspectiva de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Lo cual nos lleva además a plantear la posibilidad de **conformación de Equipos Interculturales** [no sólo interdisciplinarios] **como clave para tejer lazos entre la comunidad, los Equipos del Primer, Segundo y Tercer nivel de Atención** frente a la fragmentación de éstos últimos. Nos referimos entonces a Equipos Interculturales con capacidad de acople funcional a los dispositivos comunitarios existentes que los sujetos despliegan en sus **prácticas de cuidado de la salud**; entendiendo a éstas como acciones integrales que nos remiten a una concepción positiva de la salud y al derecho a una vida autónoma.

El Enfoque de la Salud Pública desde la Epidemiología Crítica y trabajo en Red y la conformación de Equipos Interculturales tienen la potencialidad de producir concepciones y prácticas transformadoras no sólo válidas en el Primer Nivel de Atención, sino que tendrían alto impacto en la perspectiva y prácticas de cuidado que desarrollan los Equipos del Segundo y Tercer nivel de Atención; y pueden instrumentar la valoración y el diseño de Planes y Programas en Salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las RISS refieren a una *“red de organizaciones que presta, o hace arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuenta por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*. Entre sus atributos esenciales, en lo concerniente al Modelo Asistencial, encontramos que debe tener una población o territorio a cargo definidos, una extensa red de establecimientos de salud, un primer nivel de atención multidisciplinario [al que agregamos intercultural], mecanismos de coordinación asistencial y atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad; también participación social amplia, acción intersectorial y abordaje de los

² Nos referimos al Plan Estratégico de Salud provincial y a la propuesta actual del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy -en el marco de la propuesta de la Cobertura Universal de Salud (CUS)- de conformar de Equipos de Abordaje Psico-social (EAPS). Propuesta que toma como referencia el Documento para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la comunidad del Ministerio de Desarrollo Social Presidencia de la Nación. (2018)

determinantes de la salud. La OPS plantea: *“ante la urgente necesidad de abordar la fragmentación de los sistemas de salud, la OPS/OMS propone el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) a fin de promover el desarrollo de sistemas de salud basados en la estrategia de APS y, de esa manera, mejorar la accesibilidad a los servicios y la continuidad de cuidados en salud. Las RISS se caracterizan por la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, en un marco de promoción de derechos ciudadanos, entre ellos el de disfrutar de una salud plena. Requieren de un abordaje intersectorial, que puede incluir la interacción con educación, trabajo, vivienda, entre otros; como así también con instituciones y organizaciones del estado y la sociedad civil”* (OPS/OMS, 2010)³

En la actualidad, en la provincia de Jujuy el Ministerio de Salud trabaja en la implementación de lo que denomina Cobertura Universal de Salud (CUS) y pretende organizar la atención de la salud siguiendo lineamientos de la propuesta de conformación de Equipos de Abordaje Psico-social en el marco de la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Así, plantea la conformación de **Equipos Nucleares** que incluyen un médico, un enfermero y tres o cuatro agentes sanitarios a cargo de una población de entre 3.000 y 4.000 personas. Cada dos Equipos Nucleares se conformaría un **Equipo Ampliado** que cuenta con profesionales de otras áreas como Psicología, Trabajo Social, Nutrición, Odontología, etc., y cada 8 Equipos Ampliados conformaría un **Equipo Matricial** de acompañamiento. No se trata de refundar el Sistema de Salud provincial, sino de reorganizar y asignar un incentivo económico que amplía de 30 a 40 horas el trabajo de todo el personal que forme parte de esta reorganización⁴.

Uno de los aspectos que nos interesa de esta propuesta -a los fines del presente proyecto- es que plantea que *“los abordajes comunitarios en salud mental priorizan la dimensión subjetiva, considerando la singularidad de cada uno de los procesos y organizando las intervenciones en un Proyecto Terapéutico Singular que articula acciones individuales y colectivas. Esto implica tener en cuenta dimensiones sociales, farmacológicas, psicoterapéuticas y de rehabilitación psicosocial, entre otras, que deben ser integradas en el marco de la Clínica Ampliada, centrada en los sujetos y descentrada de la enfermedad* (Campos, 2001)”⁵

En el documento además se especifica que la construcción de Proyectos Terapéuticos Singulares (**P.T.S.**) se basa en el vínculo entre trabajadores de la salud, usuarios y red de apoyo social, en el diseño de estrategias a partir de las necesidades de la situación. El Proyecto Terapéutico Singular es un recurso de la Clínica Ampliada y de la humanización de la salud. Y por otro lado plantea, citando a Campos⁶, que el concepto de Clínica Ampliada *“refiere a un modelo de atención que prioriza al sujeto por sobre la enfermedad, que asume*

³ Citado en el Documento para la Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad. EAPS Equipos de Abordaje Psico-social. (2018) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.

⁴ Cabe aclarar que aún esta propuesta se encuentra en instancia de asignación de profesionales a cada uno de los equipos y no fue lanzada oficialmente por las autoridades del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy.

⁵ Documento para la Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad, 2018:6.

⁶ Op. cit.

al padecimiento como parte de la vida de las personas, por lo que promueve la autonomía de cada una de ellas. La Clínica Ampliada es una práctica de los equipos que combinan sus diferentes núcleos disciplinarios -constitutivos de sus prácticas- para intervenir sobre el ámbito de determinación social de la salud, el campo de la salud.”

En este sentido **la estrategia de conformación de Equipos Interculturales es clave para acoplarse a las redes comunitarias y tejer lazos entre los Equipos del Primer, Segundo y Tercer nivel de Atención; sólo desde esta perspectiva se puede implementar la tan mentada “referencia/contra-referencia” que se plantea formalmente pero no se cumple efectivamente. Lo que ocasiona que no se pueda seguir una línea de cuidados continua y progresiva para atender las necesidades de salud de la población.**

Entendemos por **necesidades de salud** aquellas que se pueden clasificar en cuatro conjuntos:

1- *Tener “buenas condiciones de vida”, entendiéndose que el modo de vida produce diferentes necesidades de salud.*

2- *Tener acceso y poder consumir toda la tecnología de salud capaz de mejorar y prolongar la vida.*

3- *Desarrollar vínculos (a)fectivos entre cada usuario y un equipo y/o profesional, vínculo comprendido como referencia y relación de confianza, algo así como “la cara” del sistema de salud para el usuario.*

4- *Garantizar que “cada persona pueda desarrollar mayores grados de autonomía en su modo de llevar la vida” (Carvalho-Feuerwerker-Merhy, 2007:262)*

Entonces, si el objetivo es que los Equipos planteen sus intervenciones basadas en Proyectos Terapéuticos Singulares, éstos deben comprender que no es suficiente trabajar con y desde las redes institucionales sino que es necesario pensar que los sujetos -entendidos como una unidad biopsicosociocultural (Mamani, 2009:28)⁷- son sujetos histórica, espacial y socio-culturalmente situados en una trama vincular y red de relaciones que despliegan dispositivos naturales de cooperación que debemos atender al plantear Proyectos Terapéuticos Singulares. Sin embargo, debemos reconocer que la mayoría de las veces los Proyectos Terapéuticos (singulares o estándar) no son planteados junto a los sujetos a los cuales van destinados, no son diseñados acorde a la singularidad del sujeto y no reconocen los dispositivos naturales de cooperación de los que participa el sujeto.

⁷ MAMANI, Víctor Hugo (2009): En-red-ando Salud y Calidad de vida. “La experiencia en el Barrio La Esperanza. Perico-Jujuy-Argentina”. Ed. Lumen Humanitas

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN

Como se enunciara, el objetivo general del proyecto es *Promover la inclusión plena y efectiva de las Personas con Discapacidad desde el abordaje territorial de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad resignificando la intervención profesional del Trabajo Social como miembro del equipo de salud.*

Para cumplir con este objetivo básicamente se desplegarán estrategias vinculadas al fortalecimiento de la Red de modo de trabajar en una línea de cuidado de la PcD que pueda recibir la atención oportuna y eficaz de acuerdo al nivel de complejidad que requiera y/o su inclusión en la vida comunitaria laboral, escolar, recreativa, deportiva, política, etc. En este sentido se define claramente tres líneas de acción paralelas:

- El fortalecimiento de los Equipos del Primer Nivel de Atención y específicamente del Trabajador Social en la identificación, registro y atención de las PcD y Personas con limitaciones permanentes y sus familias, con capacitaciones continuas, supervisión, articulación de atención y apoyo a las acciones que implemente el equipo territorial. **Así como la aplicación de un Triage que permita orientar prioridad en la asistencia socio-sanitaria con la completa nominación de los pacientes, georreferenciación, conocimiento de sus necesidades de salud y de rehabilitación para organizar y garantizar la oferta accesible y oportuna de la atención requerida.**
- El fortalecimiento del trabajo de la Red de servicios provinciales tanto públicos, privados y del tercer sector vinculados a la atención de PcD. Articulación y acuerdos continuos que reduzcan el impacto que en el proceso de rehabilitación tiene la dispersión de fondos que financian el tratamiento, el equipamiento, la inclusión escolar y laboral de las PcD rejerarquizando el rol del Trabajador Social como actor clave en este proceso.
- Generar el proceso de evaluación continua cuanti-cualitativa a partir de criterios consensuados por los distintos actores. La evaluación es un proceso continuo para el que hay que prepararse anticipadamente ya que implica un registro previo de los aspectos cuanti-cualitativos a registrar, analizar, sistematizar e informar para hacer comunicable y medibles las acciones desplegadas.

PRIORIZACION DE ATENCION: Implementación de Triage orientador

A los efectos de hacer eficiente el presente proceso y equitativo en términos de priorizar el acceso a quienes, por su condición de salud y compromiso funcional, así como por barreras geográficas se dificulta la obtención del CUD y el acceso a prestaciones, se recomienda dar prioridad a la solicitud de acuerdo a un **trriage orientador** propuesto por la Dirección de Rehabilitación, instrumento sujeto a modificaciones en respuesta a la variabilidad de situaciones y contingencia.

Según Instructivo del Certificado Único de Discapacidad⁸ del año 2015 se introdujo modificaciones en la solicitud y protocolo de evaluación con el objetivo de recabar información específica relacionada con el contexto socio-ambiental de cada persona con discapacidad. Es así como se introducen en la evaluación ciertos indicadores que permitirán identificar aquellas personas con dificultades o limitación permanente que presenten vulnerabilidad social y/o dependencia.

Vulnerabilidad social: “Conceptualmente la vulnerabilidad social es entendida como una configuración particular, negativa, resultante de la intersección de dos conjuntos; uno definido a nivel macro relativo a la estructura de oportunidades y otro referido a nivel micro, referido a los activos de los actores (...) es posible afirmar que la diferencia entre estos dos conjuntos radica en el hecho de que los individuos no controlan o no pueden incidir en los patrones más generales de la estructura de oportunidades mientras el segundo conjunto, relativo a los activos, depende de los individuos”⁹

El concepto de vulnerabilidad es dinámico, multidimensional y es esencialmente un enfoque analítico ya que permite pensar en la idea de configuraciones vulnerables, ni el sujeto ni su contexto son estáticos. La noción de vulnerabilidad es consustancial a la vida social, por esto presenta una mirada multidimensional, la cual será detallada a través de diferentes indicadores. El universo del análisis es la persona. Consecuentemente, proponemos un concepto de vulnerabilidad social ligado al dinamismo de la vida cotidiana, cuyos indicadores pueden variar en el tiempo:

- Ruralidad
- Condición ambiental y accesibilidad
- Nivel de alfabetización
- Condición de actividad
- Cobertura de salud
- Situación previsional

Dependencia: hace referencia a una situación en la que se encuentra una persona ya sea por falta de autonomía y/o autodeterminación. La dependencia es un estado que puede ser transitorio o permanente, que impide el desarrollo de una persona en la ejecución de su vida cotidiana, necesitando la incorporación de un apoyo humano permanente. Está vinculada a un estado de indefensión en donde la ausencia de un tercero implica la no posibilidad de vida de esa persona.¹⁰

La dependencia hace referencia a una situación en la que se encuentra una persona ya sea por falta de autonomía y/o autodeterminación. La **autodeterminación** es la capacidad del individuo para realizar elecciones con libre albedrío y asumir las consecuencias de las mismas. Es la capacidad de evaluar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de

⁸ Documento sobre modificaciones en el protocolo de evaluación de Discapacidad publicadas en Boletín Oficial por resolución 558/16 del Ministerio de Salud de la Nación.

⁹ www.cepal.org/publicaciones/xml/3/8283/cfilgueira.pdf 04/01/17 citado en Documento sobre modificaciones en el protocolo de evaluación de discapacidad.

¹⁰ La situación de dependencia es evaluada con el Instrumento para la Evaluación de la Dependencia elaborado por el Servicio Nacional de Rehabilitación.

desarrollar actividades de la vida diaria. La **autonomía** es la capacidad para llevar a cabo determinadas acciones.

En base a este marco, se propone un esquema referencial de valoración de personas con dificultades o limitaciones permanentes de acuerdo a un **triage socio-sanitario orientador**:

TRIAGE I: PERSONA con dificultad o limitación permanente con Dependencia y Vulnerabilidad Social

- Persona con dificultad o limitación permanente para comer, beber, respirar, evacuar intestino o vejiga depende de máquinas o dispositivos eléctricos en los que su ausencia implica la no posibilidad de vida de la persona.¹¹
- Persona con dificultad o limitación permanente dependiente de máquinas o dispositivos eléctricos residente en el interior de la provincia y/o barrios periféricos de la capital con Internación Domiciliaria o Hemodiálisis.
- Persona con dificultad o limitación permanente dependiente de máquinas o dispositivos eléctricos en tratamiento farmacológico/terapéutico domiciliario continuo indicado para prevenir discapacidad secundaria.
- Persona con dificultad o limitación permanente dependiente de máquinas o dispositivos eléctricos que comprende más de un tipo de discapacidad en situación de postración.
- Persona con dificultades o limitación permanente dependiente de máquinas o dispositivos eléctricos que requiere de vehículo especial para su traslado como ambulancia o silla de rueda postural.
- Persona con dificultades o limitación permanente con dependencia de máquinas o dispositivos eléctricos sin Jubilación/Pensión/Asignación Universal por Discapacidad con cobertura pública de salud o Incluir Salud.

TRIAGE II: PERSONA con dificultad o limitación permanente con Dependencia de terceros y Vulnerabilidad Social

- Persona con dificultad o limitación permanente dependiente de un tercero (familiar, cuidador, asistente) por lo menos para realizar tres de las cinco actividades detalladas a continuación:
 - ❖ Tomar decisiones
 - ❖ Permanecer sentado sin apoyos o ayuda de terceros
 - ❖ Lavarse
 - ❖ Higiene personal relacionada con los procesos de excreción
 - ❖ Comer
 - ❖ Beber
 - ❖ Interactuar básicamente con otras personas
- Persona con dificultad o limitación permanente dependiente de un tercero residente en el interior de la provincia y/o barrios periféricos de la capital.

¹¹ Máquinas o dispositivos tales como: Respiradores, Oxígeno permanente, Colostoma, Traqueostoma, Bombas de alimentación, sonda vesical permanente, Equipo de diálisis, etc.

- Persona con dificultad o limitación permanente dependiente de un tercero en tratamiento farmacológico/terapéutico continuo indicado para prevenir discapacidad secundaria.
- Persona con dificultades o limitación permanente dependiente de un tercero que requiere para traslado de silla de rueda estándar, andador, muletas, bastón canadiense o es asistida por un tercero para la marcha.
- Persona con dificultades o limitación permanente con dependencia de terceros sin Jubilación /Pensión/Asignación Universal por discapacidad con cobertura pública de salud o Incluir Salud.
- Persona con dificultades o limitación permanente con padecimiento mental y/o déficit intelectual dependiente de un tercero para el cuidado de su propia salud y continuidad en la adhesión al tratamiento (terapéutico y farmacológico) de equipos de Salud Mental.

TRIAGE III: PERSONA con dificultad o limitación permanente con Semidependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria o que requiere supervisión o ajustes razonables¹² para su desempeño.

- Persona con dificultades o limitación permanente con semidependencia que requiere supervisión para completar actividades de autocuidado como toma de medicación, vida doméstica como cocina y compras, permanencia en un programa educativo y realización de actividades laborales y/o requiere ajustes razonables para su desempeño.
- Persona con dificultad o limitación permanente con semidependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que requiere supervisión y/o ajustes razonables para su desempeño sin Jubilación /Pensión/Asignación Universal por discapacidad con cobertura pública de salud o Incluir Salud.
- Persona con dificultad o limitación permanente que requiere ajustes razonables para participar en un juego, en un deporte o adaptaciones curriculares en el marco de un programa de integración escolar.

¹² Ajustes razonables: son aquellas modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular para garantizar a las personas con discapacidad física, sensorial, mental y/o intelectual, el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

OBJETIVOS Y METAS

Objetivo general

Promover la inclusión plena y efectiva de las Personas con Discapacidad desde el abordaje territorial de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad resignificando la intervención profesional del Trabajo Social y miembros del equipo de salud

1- Objetivo específico

Fortalecer a los equipos del Primer Nivel de Atención y la intervención del Trabajador Social en la identificación, registro y atención de las PcD y Personas con limitaciones permanentes y sus familias desde la perspectiva social por su incidencia en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Actividades

- 1- Diseño de la estrategia de trabajo por Regiones Sanitarias designando responsables locales y de la DpR
- 2- Revisar el instrumento de identificación y registro de las PcD y personas con limitación permanente Formulario 883 (F883)
- 3- En base a las personas identificadas por los Agentes Sanitarios, instrumentar y aplicar un Triage en Discapacidad para orientar prioridad en la atención socio-sanitaria.
- 4- Articular con la DpR para la obtención del CUD con atención presencial o no presencial mediante turno protegido o intinerancia de la Junta.
- 5- Establecer el registro de PcD derivadas desde el Primer Nivel al Segundo y Tercer Nivel de atención, así como de las personas referenciadas desde estos niveles y el conocimiento por parte del equipo de salud del plan de Tratamiento
- 6- Compartir periódicamente el Análisis de Situación de Salud de las PcD beneficiarias del proyecto de la población de referencia de cada Región Sanitaria

2- Objetivo específico

Fortalecer el trabajo de la Red de servicios provinciales tanto públicos, privados y del tercer sector vinculados a la atención de PcD instrumentando al Trabajador Social como actor clave en el acceso a Derechos.

Actividades

- 1- Diseñar cooperativamente una guía de recursos que explice los servicios con que se cuenta a nivel público y privado en cada Región Sanitaria y los mecanismos de acceso de cada uno de ellos desde la perspectiva de la Ley N°24901 de Prestaciones Básicas.
- 2- Fortalecer la articulación entre Niveles para la obtención de turnos con especialistas.
- 3- Promover la utilización de la página del Ministerio de Salud para asistencia virtual y las prestaciones que ofrece la DpR.
- 4- Articular los procesos de atención necesaria y con los efectores de la Red para garantizar la oferta accesible y oportuna de las personas que ingresan como beneficiarias del proyecto de acuerdo al Triage, la identificación y georreferenciación establecida.
- 5- Establecer y mantener actualizado el registro de PcD beneficiarias del proyecto en el que consten: Datos Identificatorios, Diagnostico, Equipo Nuclear responsable, Miembro de la DpR responsable, Referente familiar o Comunitario, Prestación requerida, Observaciones.
- 6- Suscribir acuerdos de trabajo entre efectores de la Red al interior del Sistema de Salud con el compromiso de evaluación y reajustes periódicos.
- 7- Suscribir acuerdos de trabajo intersectorialmente con Municipios, Sistema Educativo, Desarrollo Social, Vivienda y urbanismo, etc.

3- Objetivo específico

Generar el proceso de evaluación continua cuanti-cualitativa a partir de criterios consensuados para valorar la producción que desde el área social se genera en el proceso de atención de PcD y el impacto que este proyecto tiene para la intervención del Trabajo Social y del equipo en Salud

Actividades

- 1- Evaluar cuanti-cualitativamente si se tiene identificada la población óptimamente
- 2- Evaluar cuanti-cualitativamente si se clasificó la población de acuerdo al triage
- 3- Evaluar cuanti-cualitativamente la accesibilidad a la Certificación de Discapacidad
- 4- Evaluar cuanti-cualitativamente si se registró la prestación sugerida de acuerdo a las necesidades de salud identificadas
- 5- Evaluar cuanti-cualitativamente si los planes de tratamiento son remitidos a los equipos del Primer nivel de atención
- 6- Evaluar cuanti-cualitativamente si se pudo dar respuesta a la necesidad indicada
- 7- Evaluar el funcionamiento de la referencia-contrareferencia de los distintos niveles de atención
- 8- Evaluar cuanti-cualitativamente si se pudo generar continuidad en la respuesta
- 9- Evaluar cuanti-cualitativamente si se respondió a otro tipo de demandas canalizadas intersectorialmente.
- 10- Evaluar para reajustes el comportamiento de todos los actores de la red