

2007

El trabajo social en la generación de recursos en salud : atención domiciliaria para pacientes que requieran asistencia de tercera persona

Ragaglia, Lorena

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/515>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Trabajo final:

“El Trabajo Social en la generación de recursos en salud.
Atención Domiciliaria para pacientes que requieren Asistencia de
Tercera Persona”.

Tema:

“Planificación de un proyecto de Atención Domiciliaria, destinado a
pacientes que requieren Asistencia de Tercera Persona para ser
implementado en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del
Sur de la ciudad de Mar del Plata”.

Autoras:

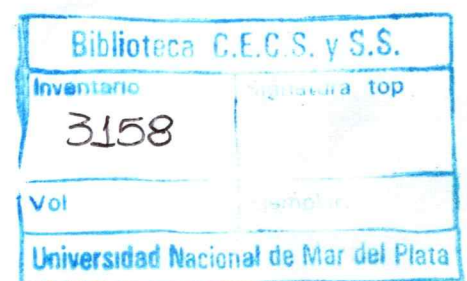
Ragaglia, Lorena

Reyes, Tamara

Asesoramiento:

Directora: Lic. Catellano Beatriz.

Codirectora: Lic. Palomino Virginia.



2007

Hoy

Ayer transitamos un viaje desconocido con expectativas, sueños e ilusiones personales a veces compartidas...

Con la esperanza de llegar hasta el punto de partida. Que hoy se transforma en el principio de otro viaje a recorrer.

Hoy este vagón esta repleto de recuerdos que jamás volverán.

Podemos llorar, sonreír pero jamás volveremos a sentir esta posibilidad de haber dejado a ustedes en cada una huellas que nos permitieron aprender y continuar creciendo.

Hoy vamos a intentar una vez más volar, soñar, vivir y sabremos que cada vez que nosotras soñemos, cantemos y vivamos estará la semilla de distintos caminos señalados; porque...

*Hoy todos tenemos lo más importante
El ahora, la realidad, la vida y ahora todo es posible.*

Agradecimientos

En especial a mi familia mis padres, mis hermanos por ayudarme a estudiar, incentivar mis ganas de seguir adelante y por ser incondicionales con su amor saben que los quiero mucho.

A mi novio Cali por ser alguien especial, quien me roba una sonrisa, gracias por estar a mi lado.

A mis ahijadita por llegar y darme una linda sorpresa cuando alguien con sabiduría, fortaleza y espíritu alegre partió inesperadamente pero quedara imborrable en mi corazón y en el recuerdo, por siempre abuela serás un orgullo para mí.

A mis amigos quienes dan ánimo, alegría, y cariño (Sole, Romi.Majo, Javi, Tami, Erica y Raqui), siempre pude contar con ellos.

A quienes estuvieron ayer acompañándome y siendo parte de este trayecto enriquecedor de mi vida los llevare en mi corazón.

Muchas gracias

Lorena

A mis padres y mis hermanos por estar siempre conmigo, cada uno de distintos lugares, y por hacerme sentir siempre tan querida .Son todo para mí.

A mis sobrinos Mora y Manu, por hacerme la tía mas feliz.

A Guido por ser la alegría infinita de mi corazón, y la persona que todos los días me saca una sonrisa. Gracias por apoyarme en todos mis proyectos de manera incondicional.

A flor y Meli, porque juntas transitamos esta etapa, e hicieron que sea, esta una de las mas lindas.

A mis amigas, que crecimos juntas, porque siempre están, por mantener la amistad intacta luego de tantos años.

A mis tíos, primos, abuela.... Por su amor y acompañamiento

Y a vos que siempre estuviste conmigo acompañándome desde una manera muy especial en mis finales y ahora en mi último paso. Gracias por estar presente.... Lalo

Tamara.

Agradecemos a las Lic Beatriz Castellano y Lic Virginia Palomino, por su dedicación, asesoramiento, sus consejos y conocimientos brindados. Por ser un ejemplo profesional a seguir.

Muchas gracias a todos por todo

*En el día de la fecha
realizan lo referido obtenido
la colificación
9 (distinguido)*

A modo

JPL

INDICE

Introducción.....	Pág. 6
-------------------	--------

Primera Parte

Marco Teórico Referencial

SALUD.....	Pág. 9
Salud Publica.....	Pág. 13
Calidad de Vida.....	Pág.15
Discapacidad.....	Pág.18
Dependencia.....	Pág.21
Trabajo Social.....	Pág.23
Trabajo Social en Salud.....	Pág. 25
Proceso Metodológico.....	Pág. 27

Segunda Parte

Trabajo de Campo

Aspectos Metodológicos.....	Pág.34
Marco Institucional.....	Pág.44
Análisis de datos.....	Pág.36

Tercera Parte

Conclusiones y propuestas.....	Pág.56
Proyecto de Atención Domiciliaria	Pág.58
Consideraciones finales.....	Pág. 76
Bibliografía	Pág. 81
Anexos	Pág. 83
I Escala del índice de Zarit	Pág. 84
II Cuestionario de Apoyo Social (MOS).....	Pág. 85
III Mapa de red socio-familiar.....	Pág. 87
IV Legislación.....	Pág. 89

INTRODUCCION

A partir de la residencia de pre - grado de quinto año de la Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, realizada en el campo de la salud durante el periodo 2004-2005, presentamos como tema de tesis, la planificación de un Proyecto destinado a la Atención Domiciliaria de pacientes con discapacidad que requieren Asistencia de Tercera Persona en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sud.

El INAREPS, se constituye como centro de Alta Complejidad en Rehabilitación para toda la zona Sur de la Pcia de Buenos Aires y la Patagónica Argentina.

Su población Beneficiaria son los niños, jóvenes y adultos con discapacidad física.

El objetivo institucional es “lograr la rehabilitación integral del paciente discapacitado brindando el apoyo científico que la familia requiere y tratando de efectuar la educación comunitaria básica tendiente a que la sociedad tome conciencia de su responsabilidad ante la población con algún tipo de discapacidad”. (1)

Según la OMS, el 10 % de la población mundial padece algún tipo de discapacidad, dicho porcentaje es mayor en América Latina, alcanzando el 15% de la población. Estas cifras que van en aumento causan un impacto sobre el conjunto de la sociedad.

En el momento de abordar la discapacidad la OMS nombra diferentes causales, entre ellas; enfermedades congénitas, accidentes de tránsito, consumo de alcohol y drogas, adelantos en las ciencias y las técnicas, enfermedades metabólicas, desnutrición infantil, aumento de la expectativa de vida, entre otros.

“Producto de los avances científicos y tecnológicos que facilitan la recuperación de personas con serios daños físicos y mentales. El progreso de la medicina permite recuperar a personas que en otros tiempos no hubiesen sobrevivido por el mantenimiento e incluso aumento del número de accidentes de trabajo y de la circulación que arrastra como secuela una invalidez grave; así como la causa o elevación del umbral de rendimiento necesario para ser considerado como adaptado en una sociedad industrial, donde la competencia y la movilidad son sean cual fuere el régimen político, condiciones irreversibles y cuyas exigencias van en aumento”(2).

1) Dr. José Orozco y colaboradores: “Dirección hospitalaria en rehabilitación”. INAREPS. Mar del Plata, Bs. As. 2003.

2) Pantano Liliana: “La discapacidad como problema social”. Un enfoque sociológico. Ed. EUDEBA, 1999.

La pertenencia del INAREPS ⁽³⁾ al sistema público en general y el estado actual del sistema de salud en particular -en proceso de deterioro progresivo que se profundiza en la década del '90 con la mercantilización de los derechos sociales- genera que sectores y grupos vulnerables de la población, al no acceder a los beneficios de la seguridad privada, encuentren en las instituciones públicas el único medio para satisfacer sus necesidades, de salud, educación, alimentación, entre otras.

Por lo expuesto surge, como estrategia viable, superadora y como recurso a esta demanda potencial en aumento, la organización de un nuevo servicio "atención domiciliaria". Entendida como una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud o por problemas socio-sanitarios, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio.

Pensamos que la Atención Domiciliaria permitirá, mejorar la relación costos-beneficio, optimizar y racionalizar los recursos y a nivel de paciente mejorar su funcionalidad y autonomía entendida como la capacidad de decidir y gobernar sobre su propia vida.

El presente trabajo es de carácter inédito, cuando se presenta el plan de tesis correspondiente, la institución no cuenta con internación ni atención domiciliaria. Mas aún, dicho plan fue presentado previamente a la conformación del grupo multidisciplinario del cual participa una de las autoras en el marco del curso de post grado de la Universidad Nacional de Mar del Plata: "Gestión básica en salud pública". Luego los profesionales que forman parte del Staff del INAREPS toman como referencia el proyecto que continúan las autoras, incorporando la idea y parte del contenido del marco teórico, en otro proyecto que van a denominar "Internación Domiciliaria" y que actualmente se está implementando.

Como próximas Trabajadoras Sociales contamos para planificar con recursos teóricos-metodológicos adquiridos durante la formación. Consideramos que la organización de este servicio como recurso institucional tendería a satisfacer las necesidades sentidas por el sistema de salud y su población.

Por otra parte con la ejecución de este proyecto, los pacientes estarían pudiendo acceder a un derecho. Esta propuesta esta enmarcada en nuestras incumbencias profesionales, orientada en el marco axiológico de nuestra profesión.

3) Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sud.

Marco Teorico Referencial

Salud

“Para conocer la salud y la enfermedad es necesario estudiar al hombre en su estado normal y en relación con el medio ambiente en que vive e investigar al mismo tiempo las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio exterior y social”. Heraclito

Al momento de aproximarnos a las definiciones de la salud, encontramos que el concepto ha sido y es entendido de diversas maneras. Ha habido una evolución histórica acerca de la salud y la enfermedad, así como acerca de los modos de conservarla o recuperarla.

En el transcurso del siglo XX pueden identificarse dos momentos importantes en las definiciones sobre salud:

El primero ocurre en la primera mitad, cuando la medicina se subordina a la biología; el otro momento corresponde a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrios entre el organismo humano y su ambiente total, haciendo resaltar la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. Se habla entonces del *proceso salud-enfermedad*.

Carlos Aníbal Rodríguez, expresa que” la Salud y la enfermedad son el resultado de una interacción constante entre el organismo y el medio ambiente en que el hombre crece y se desarrolla. Sin embargo, esta concepción aceptada casi generalizadamente encuentra el límite en muchos de los que sostienen que, conciben al medio ambiente solo en términos ecologicistas clásicos, es decir, sin tener en cuenta el medio ambiente social y el momento histórico en que la salud se analiza. Lo que existe es una historia social de las relaciones salud-enfermedad. (4)

La OMS en 1985 define a la salud como “El grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades, y por el otro de enfrentarse con el ambiente. En consecuencia, la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida, sino como un recurso más de la vida cotidiana. La salud es un concepto positivo que comprende recursos personales y sociales, así como la capacidad física adecuada”. (5)

(4) Ministerio de Salud y medio ambiente. Postgrado en salud Social y Comunitaria. Cap. ¿Hacia una re- conceptualización de la salud?

(5) Ídem. Cita 4.

Consideramos que esa perspectiva en nuestro contexto es inviable, ya que la población mayoritariamente no puede obtener este grado óptimo de satisfacción donde no se cubren las necesidades vitales de amplios sectores. A su vez coincidimos que la salud es un recurso del ser humano, pero el mismo debe ser promovido y retroalimentado por las instituciones orientadas a este fin.

Pensamos con Giangiacomo a la salud como un “*proceso histórico social*”, noción ligada al concepto de Calidad de Vida. La salud no es un estado, tampoco lo es la enfermedad; ambas son partes de un proceso multidimensional y fluctuante. En el transcurso de la vida nos acercamos a uno u otro extremo- salud-enfermedad (muerte) según se rompa o se refuerce el equilibrio dinámico de la interacción de diferentes factores: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. La comprensión de esta interrelación resulta fundamental para entender la relación individuo-grupo-sociedad. Desde este aspecto se considera al ambiente en su sentido más amplio, involucrando los aspectos políticos y económicos en sus niveles micro y macro sociales.

Es así como la salud es interpretada como la capacidad de cada persona de expresarse en cualquier circunstancia, desarrollando en la medida su potencialidad. La salud individual entonces ligada a la comunidad a la que pertenece y a la contribución que la persona hace a la salud de su colectividad. Pero fundamentalmente condicionada por la economía del país y las políticas de salud y sociales que se definen.

La salud es un concepto que se construye en la esfera de los ideales sociales de una comunidad determinada y que incluye las contradicciones y avatares de un proceso histórico. De esto se desprende que este concepto esta determinado por los proyectos colectivos e individuales de los integrantes de una comunidad y de la forma particular de resolver los conflictos.

Desde este concepto de salud no nos posicionamos en el control de enfermedad sino en el fenómeno y atención de la salud en general y por lo tanto, de los sujetos involucrados.

Destacamos también la salud como Derecho, el cual es un bien jurídico social de segunda generación reconocido por la Constitución Nacional con la reforma de 1994, que implica que la población en su totalidad, tiene el derecho a acceder a una

salud pública y gratuita, respetándose los siguientes aspectos y condiciones equitativas en varias esferas, para poder construir ciudadanía:

Equidad en la Atención: Supone garantizar accesibilidad económica, geográfica y cultural, disponibilidad de recursos y servicios de calidad y capacidad resolutive adecuada a la complejidad del problema de salud que se enfrenta.

Equidad en la Protección y reducción de los riesgos: De enfermar, discapacitarse o morir por causas evitables. Prevención de la exposición a contaminantes a carencias nutricionales, ingreso mínimo, acceso de servicio de saneamiento, promoción de la salud.

Equidad en la Información y en la distribución del saber y del poder en salud: Acceso a información comprensible sobre la prevención y tratamiento oportuno de los problemas de salud y la generación de canales concretos para una participación activa de los individuos y las comunidades.

Lo citado anteriormente, nos permite observar la contradicción que existe al considerar a la salud como derecho que no puede ni debe ser vulnerado, cuando a su vez se visualizan grupos de la población imposibilitados a acceder a la atención socio-sanitaria por factores, socioeconómicos, contando un grupo reducido con este beneficio ,por lo tanto como otros derechos sociales es mercantilizado.

La salud, debe basarse en un principio de inclusión universal. Esta visión puede resultar en cierta manera utópica en este contexto capitalista regido por la lógica del mercado y en este momento neoliberal, la contradicción que señaláramos ha llegado a su punto máximo. La salud junto con otros derechos se han mercantilizado. No obstante, al menos, se deben implementar acciones que tiendan a facilitar la inclusión de aquellos sectores más desprotegidos. Entonces desde nuestra mirada podemos decir que el derecho a la salud es “el derecho social de la población de acceder en igualdad de condiciones a servicios médicos suficientes para una adecuada protección y preservación de la salud” (6).

(6) Mario Rovere: Curso de Gestión en Salud Pública. UNMDP.2005

Cuando hacemos referencia a cualquier derecho debemos arbitrar los mecanismos de participación social correspondiente que permita a esos “sujetos”, en particular convertirse en artífices y protagonistas de un proceso para gestar sus propios cambios. Los sujetos en general necesitan defender sus derechos no como enfermos, si como ciudadanos con derecho a tener derecho. En tal sentido los Trabajadores sociales deben asegurar que en la adecuación de recursos que les compete se de una distribución equitativa.

Nos referimos concretamente a la generación de protocolos que al mismo tiempo que permitan la evaluación de las mismas dimensiones a todo sujeto que solicitan un beneficio, se asegure un espacio para la singularización de cada situación y el reconocimiento particular de vulnerabilidad.

Salud Pública

Situación Actual

“La salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de la población” (7). Es responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyen a la salud de la población. El sistema público debe garantizar y promover el cuidado de la salud.

“En Argentina desde 1946 en adelante se pusieron en marcha políticas sanitarias que tendieron a asistir, promover, proteger y prevenir la salud de la población. El sistema de salud mantuvo esta línea hasta la *década del setenta* período a partir del cual comenzó hacerse evidente la fragmentación y el traspaso de recursos de un servicio a otro en perjuicio del subsector público, limitando la accesibilidad al sistema sanitario de parte de la población. En los *años noventa*, el achicamiento del estado, produjo serias transformaciones de políticas públicas en Argentina”. (8)

La reducida participación del estado, abocada a la ejecución y planificación de las políticas sociales asistencialistas, focalizadas, clientelares contribuyen a la exclusión y fragmentación de un amplio margen de la sociedad al sistema de salud.

El proceso de mercantilización de los derechos sociales que se profundizó en la década del '90, quebrantó los mismos, intentando concebir a la salud como un bien al que solo pueden acceder aquellos que pueden costearlos. Los derechos sociales pierden entidad y la concepción de ciudadanía se restringe, se profundiza cada vez más la separación entre lo público y lo privado y la reproducción es enteramente devuelta a este último ámbito y las legitimaciones se reducen a la ampliación del existencialismo.

(7) Gálvez Vargas R, Sierra A Sáenz González, Gil Piedra “La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública”. ED Barcelona: Masson.2001.

(8) Ídem Cita 2.

Destacamos la fuerte contradicción que se presentó en el mismo período, ya que por un lado en la reforma de la constitución de 1994 se incorporan los derechos de tercera generación, bajo los principios de solidaridad y universalidad; y por el otro, el Estado, al regirse por la lógica del capital estimula al resquebrajamiento de la salud y su privatización. Por lo que en la actualidad se evidencian:

“Descentralización de efectores de alta y baja complejidad sin una reorganización normativa y programática que equilibre la complejidad.

Privatización de efectores públicos, arancelamiento.

Fragilización de los sectores privados y Obras Sociales.

Predominancia de programas orientados y financiados por organizaciones internacionales, localizados hacia la población vulnerable y en riesgo”. (9)

Concluimos citando la reflexión de Mario Rovere, quien agrega que la tendencia del modelo de salud vigente, se enfoca a un estilo de institucionalización de la atención médica, la integración de efectores en microsistemas locales, la normatización del diagnóstico y tratamiento, la racionalización del gasto financiero y por último, la globalización arancelaria. El sistema de Salud tiende a ser “estratificado y estratificante en su interior, por lo que la meta está orientada a la eficiencia en los servicios”. (10)

En el contexto capitalista los derechos no se universalizan, al contrario se restringen cada vez más.

(9) Ídem Cita 2.

(10) Ídem Cita 6

Calidad de Vida

La OMS define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su proyecto social, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (11).

Quiere decir que lo social o medio ambiental está aquí puesto en función del tratamiento médico. Relaciona a la persona con el medio pero siempre para atender a la relación – aspiraciones y posibilidades de un sujeto- desde una perspectiva crítica dialéctica. La ponderación siempre debe valorar tal subjetividad en relación con lo posible de ser alcanzado en un momento histórico particular.

Es entonces... un concepto multidimensional, integrador, que comprende todas las áreas de la vida y debe hacer referencia a condiciones objetivas como a componentes subjetivos vinculados a factores personales y socio ambientales en constante interrelación.

Supuesto básicos:

Es una evaluación subjetiva, auto y hetero evaluación.

Descansa en el balance entre aspiraciones y realidad de cada individuo.

Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre su calidad.

Los criterios de valor para calificar la CV son construidos biográficamente e históricamente y varían entre comunidades, sin alejarse de la evolución o desarrollo que haya logrado una comunidad.

El referente común sería la satisfacción de necesidades básicas y mínimas de un estándar objetivo.

Schumaker y Naughton incorporan el concepto de calidad de vida relacionada con la salud a la cual definen como “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de

(11) www.wikipedia.org

salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”(12). Una perspectiva más integrada con aspectos sociales, en sentido ampliado.

Se trata de la percepción que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida, en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social; y que es una medida individual y/o poblacional de nivel de salud positivo.

En concordancia con la OMS caracteriza la CV considerando tres dimensiones de análisis que engloban e integralmente la comprenden:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad de los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. Nunca debe estar muy alejado del desarrollo que haya alcanzado una sociedad en un momento histórico determinado.

La Calidad de Vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores; es así como cada grupo social identifica las tendencias en materia de bienestar, por ello se hace preciso diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar mejor las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de la comunidad

(12) Tesis de Grado “Calidad de Vida en pacientes con tratamiento de diálisis”. UNMDP. 2005.

Es importante recordar que las dimensiones que construyen ese concepto relativo y atribuyen un valor general a los diferentes sectores, son las condiciones objetivas a las que hacemos referencia al comienzo de este apartado. Un punto de partida necesario pero incompleto para identificar la calidad de vida de un individuo particular. En este caso y pensando en la atención individualizada es necesario identificar como juega ese valor relativo en la singularidad de una circunstancia humana: los componentes objetivos.

En esencia, habrá una buena CV, cuando las aspiraciones de un individuo son alcanzadas por la experiencia actual. Es por eso que es importante reducir el intervalo entre la *realidad* lo posible y alcanzables, las *aspiraciones* y posibilidades del sujeto.

Somos concientes que es necesario que los profesionales de la salud hagan dialogar los condicionantes objetivos y subjetivos simultáneamente, para interpretar la CV.

Discapacidad

La discapacidad se conceptualiza como un problema social y personal, que requiere no sólo atención médica, rehabilitación e integración social, a la que ha de darse respuesta mediante tratamientos individuales y acción social, cuya superación requiere tanto de cambios personales como cambios en el entorno.

“ La experiencia de discapacidad es única para cada individuo, no solo por que la manifestación concreta de la enfermedad, lesión o desorden es única, sino porque esa condición de salud esta influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones psicológicas e intelectuales, hasta el contexto físico social y cultural en el que la persona vive), por lo tanto es imposible crear un lenguaje transcultural común para las tres dimensiones de la discapacidad, ya que su construcción social varían de una sociedad a otra de una época a otra evolucionando con el tiempo.”⁽¹³⁾

El concepto de discapacidad proviene del área de la salud y ha sido desarrollado por la OMS, la cual genero la CIDDM (clasificación internacional de la discapacidad deficiencia y minusvalía) que traspasa las barreras de la enfermedad entendida desde la concepción clásica e intenta ir mas allá del proceso mismo de la enfermedad y clasifica las consecuencias que esta deja en el individuo en su propio cuerpo, en su persona y en su relación con la sociedad.

Este esquema entiende la:

Enfermedad como una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente.

Deficiencia: es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).

Discapacidad: es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género, etc.).

(13) González Miguel Querejeta. "Discapacidad Dependencia". Unificación de criterios y clasificaciones. Ed. IMSERSO. 2005.

Minusvalía: es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

Surge en el 2001 una nueva versión de esta clasificación con el nombre de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, cuyo objetivo principal es proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con ella. Emplea terminología positiva, sin hacer mención a los términos negativos.

Pronuncia un *enfoque biopsicosocial* y ecológico el cual considera al tema como problema social desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad a la sociedad. Se trata de un conjunto de condiciones creadas por el ambiente social. Supera la *perspectiva biomédica*, que concibe la discapacidad como problema social causado por una enfermedad, trauma o condición de salud encaminado, el tratamiento a una mejor adaptación y un cambio de conducta.

Los tres niveles de consecuencias de la enfermedad, fueron renombrados por:

Estructura → Funciones corporales

Deficiencia → Actividad

Discapacidad y participación → Minusvalía.

Con este nuevo Paradigma, el **Funcionamiento**, entendido como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales como la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación del ser humano. Se comienza a entender la discapacidad de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades, las restricciones en la participación social del ser humano y siendo la salud el elemento clave que relaciona las dos anteriores.

La estructura que enuncia la CIF se divide en dos partes:

1) **Funcionamiento y discapacidad:** con sus dos componentes.

a- *Funciones corporales:* son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Estructuras corporales: partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Ambos incluyen los cambios fisiológicos y anatómicos.

b- *Actividades*: desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Participación: acto de involucrarse en una situación vital. Sus dos constructos contienen la capacidad como ejecución de tareas en un entorno uniforme y el desempeño-realización de la misma para su ejecución de tareas en el entorno real.

2) **Factores contextuales**, sus dos componentes son:

Factores ambientales: ambiente físico, social y actitudinal en el que la persona vive y conduce su vida, que influyen sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el efecto facilitador del entorno de una persona que mejoran su funcionamiento. Por su atributo preventivo, contribuye a mejorar el rendimiento real al llevar a cabo una acción con independencia del problema que tenga la persona respecto de su capacidad para desarrollarla.

Efecto barrera: está presente o ausente limitando el funcionamiento y generando discapacidad, como un ambiente físico inaccesible, falta de tecnología adecuada, actitudes negativas de la población, ausencia o ineficiencia de políticas económicas y sociales activas.

Factores personales: influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad cuyo constructo es el impacto de los atributos de las personas.

Dependencia

La enfermedad crónica, en muchas de sus variantes produce discapacidad y con ella dependencia.

Se entiende por *enfermedad crónica* aquella que se presenta en forma prolongada o recurrente y que generalmente deriva en cierto grado de incapacidad.

Cada enfermedad crónica es única. Su diagnóstico y su tratamiento impactan sobre el paciente, en sus aspectos funcionales como emocionales.

La discapacidad como la dependencia son hechos universales que afectan en mayor o menor medida en cierto momento de la vida, que dependen entre otras cosas de estados de salud transitorios y de los factores del contexto real.

Se define la dependencia como “la situación en que una persona con discapacidad precisa ayuda técnica o personal para la realización (o mejor rendimiento funcional) de una actividad, es decir, limitación mas ayuda”.⁽¹⁴⁾

Es pertinente especificar el área concreta de actividad o actividades en que se da la situación (dependencia/discapacidad) evitando ser considerado “dependiente para todas las actividades y hacer referencia al grado de dependencia que varía de acuerdo a factores ambientales que actúan como facilitadores o barreras.

La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

“Grado I. Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

Grado II. Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Grado III. Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continúa de otra persona”.⁽¹⁵⁾

(14) Ídem. Cita 13

(15) www.seg-sociales/imserso/dependencia.

A cierto grado de dependencia el sujeto requiere no solo *asistencia de tercera persona*, la cual es definida como la cantidad de ayuda o apoyo que puede proporcionar otra persona en diferentes actividades de la vida diaria, sino también rehabilitación, como un proceso dirigido a las personas con discapacidad a emplear al máximo sus capacidades residuales y permitirles obtener la máxima satisfacción y utilidad en lo que se refiere a si mismo, a su familia y la comunidad.

“La rehabilitación puede resultar en la completa independencia y buen funcionamiento del enfermo o puede significar una restauración parcial. En algunos casos los fines de la rehabilitación pueden suponer la mejor adaptación del paciente a una vida dependiente de los demás” (16) y su mantenimiento confortable.

En el área familiar el ingreso al tratamiento repercute inevitablemente en la dinámica familiar, ocasiona una modificación en las funciones, roles y erogaciones extras que son difíciles solventar. El paciente cambia el rol en su grupo familiar y su entorno social, la organización familiar se transforma y hay un familiar que asume el rol de cuidador principal.

Se configura un proceso de adaptación de la familia que comprende distintas fases:

Fases de desorganización: referida a la modificación de la estructura familiar por la detección de la enfermedad.

Recuperación de la crisis: La familia presenta mayor asimilación del aprendizaje y manejo de la enfermedad

Reorganización: la cual depende del grado de invalidez y su el grado de dependencia que provoque la enfermedad, así como los recursos y redes sociales que posea la familia.

El paciente suele aferrarse a un familiar, el cual asume el rol de cuidador principal, provocando en él la pérdida de independencia, cambio en sus funciones y agotamiento psicofísico y en los familiares si no se les propicia el soporte necesario

Se genera un debilitamiento y reducción de las redes sociales y hay una fuerte tendencia, sobre todo del paciente al aislamiento, llegando incluso a la pérdida de la función social.

(16) G Helen J Yesner. “El diagnóstico psicosocial y Servicios Sociales.”Un aspecto del proceso rehabilitador.

Trabajo Social

Natalio Kisnerman define al Trabajo Social como una disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizativa, tanto preventiva como transformadora que los supere.

Es una intervención intencionada, científica, racional y organizada, en la realidad social, para conocerla y transformarla, contribuyendo con otras profesiones a lograr el bienestar social de la población, entendido este como un sistema global de acciones que respondiendo al conjunto de las aspiraciones sociales, eleva la calidad de vida de una sociedad.

La determinación del objeto de intervención es una construcción, un proceso teórico-práctico en el sentido que toda intervención tiene una matriz teórica que la sustenta y un instrumental metodológico que le permite recrear dichos conceptos en la realidad social. Esta realidad y estos conceptos se relacionan dialécticamente como construcción de un saber especializado mediados por una metodología. Están orientados por un marco axiológico, postulados, principios y premisas subyacentes vinculados a los derechos humanos y la construcción de ciudadanía.

Este estatuto epistemológico va a definir y determinar la forma de acercamiento al objeto en términos de relación dialógica y participación del sujeto, tanto en la construcción del objeto como en la definición del contenido de todos los momentos del proceso metodológico.

El inicio de este proceso parte de las necesidades sociales entendidas como demandas o carencias puntuales del sujeto, que aluden a un conjunto de problemáticas, que es necesario analizar siempre en relación al perfil de cada grupo, lo que implica conocer la frecuencia y magnitud de las mismas para comprenderlas, interpretarlas y canalizar sus soluciones a través de la planificación de posibles estrategias.

Se interviene en la vida cotidiana que es la expresión de la trama social, en la cual los sujetos articulan su existencia con relación a la lucha por la satisfacción de sus necesidades.

Por lo expuesto los conceptos de necesidades sentidas, vida cotidiana y trabajo social conforman, desde este marco, el núcleo teórico de la intervención.

Como profesión compromete sus acciones en la perspectiva del desarrollo de la calidad de vida de los sujetos sociales, que implica la satisfacción de necesidades básicas y las necesidades de identidad (pertenencia, participación, igualdad, desarrollo de capacidades), por su matriz teórica- crítica, posibilita una adecuada lectura de la realidad social aportando elementos teóricos para identificar posibilidades y limitaciones de la disciplina.

En la Práctica,...“El trabajo social se enfrenta a las fronteras, desigualdades e injusticias que existen en la sociedad. Responde a las crisis y emergencias así como a los problemas personales y sociales... Utiliza distintos conocimientos, técnicas y actividades consecuentes con su centro de atención holístico en las personas, por un lado y en sus entornos por otro. Las intervenciones de trabajo social abarcan desde los procesos psicosociales focalizados a nivel individual, hasta el compromiso con la política, la planificación y el desarrollo social.”(17)

Estamos comprometidas con un Trabajo Social entendido como: “La profesión que promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales. El trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social.”(18)

La “atención del caso social” nos aproxima al registro subjetivo del problema social pero además, durante el proceso de gestión del caso social participamos de numerosos procedimientos y circuitos que nos confronta con la relación demanda – respuesta-institución y fundamentalmente nos posibilita proponer circuitos, servicios, y programas que contribuyan a una relación mas adecuada.

(17) Federación Internacional De Trabajo Social www.ifsw.org

(18) Martínez Rodolfo. Coordinados del Comité del MERCOSUR. www.ts.ucr.ar.cr

Trabajo Social en Salud

“El Trabajo Social como disciplina y como profesión evidencia una asociación histórica con el sistema sanitario y el cuidado de la salud”.⁽¹⁹⁾ Siendo su objetivo lograr un equilibrio de la atención integral donde el demandante o la población a atender sean tenidos en cuenta más que como unidades biológicas. Se define el Trabajo Social en salud como “la actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento de la problemática psicosocial que incide en, o se relaciona con, el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de la salud. Conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiere, al resto del campo sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de salud”.⁽²⁰⁾

El profesional, desarrolla su acción en interdisciplina, dedicado a la acción y promoción, teniendo siempre en cuenta los Factores Psicosociales en la salud y en la enfermedad y la posibilidad de perderla y recuperarla

Las formas de intervención pueden ser directas o indirectas, ambas implican una aplicación práctica de la teoría, los conocimientos y las habilidades del Trabajador Social para alcanzar los objetivos de salud.

La Forma indirecta de intervención incide en el aspecto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como en la asistencia y rehabilitación a través de la planificación, de la organización y la gestión de los servicios sanitarios. Implica la valoración de los factores psicosociales y su incidencia en la salud de las personas, grupos y comunidades; el análisis de aspectos que requieren atención especial; efectuando programas de acciones promocionales, preventivas y coordinación interinstitucional.

(19) Ídem Cita 2.

(20) Amaya Ituarte en “Manual de practicas de Trabajo Social en el campo de la salud”. Mondragón Trigueros.

La *forma directa* de intervención se refiere a la atención de los problemas psicosociales y funciones de prevención y promoción. Implica el diagnóstico situacional, tratamiento psicosocial, individual, familiar y grupal, orientación sobre recursos y servicio socio-sanitarios y la coordinación interna y externa.

El Trabajador Social en el sector salud lleva a cabo las siguientes acciones:

Servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidades, trabajando con quienes presentan problemas sociales o dificultades de integración social, o previniéndolos.

Investigación: identificando los factores que generan desigualdades, evaluando servicios, recursos, actitudes y valores.

Políticas y promoción social: estimulando y provocando medidas tendientes a lograr mejor calidad de vida para la población, creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación.

Planificación: transformando necesidades concretas en respuestas también concretas que las satisfagan.

Administración de servicios sociales: organizando, dirigiendo o coordinando Departamentos de Trabajo Social y programas

Capacitación de recursos humanos, sean o no profesionales.

Debe estimular y capacitar para el ejercicio del derecho a la salud, en función de una adecuada participación y ejercicio de la ciudadanía, entendida como “el establecimiento de una pauta de derechos entre el ciudadano y su estado, en el reconocimiento de la igualdad humana básica y hasta en la búsqueda de participación integral del individuo en la comunidad. Entonces es pertinente plantearnos como trabajadores sociales hacia donde se dirige la acción ¿actuamos para el asistencialismo o actuamos para la construcción de ciudadanía?

Proceso Metodológico

Según Margarita Rozas Pagaza existe durante el proceso metodológico una secuencia de tres momentos en relación dialéctica entre estructura y sujeto reproducida como proceso de interrelación e intervención:

Inserción:

Se define como conocimiento en acción, es decir, el primer acercamiento del profesional a la *trama de relaciones* que muestra una realidad empírica compleja en donde no es posible simplemente observar datos de la realidad inmediata *precaria* (factible de ser cambiada).

Berger conceptualiza a esta realidad como dada por mundos construidos socialmente y a su vez construyen el movimiento del orden social que son también instituciones, que estructuran la vida humana que se transmiten cotidianamente como hábitat.

Entonces la intervención comienza con un *recorte geográfico y social del contexto* en donde el Trabajador Social (TS) inicia su práctica, con un conocimiento de dicho proceso en el que se interrelacionan los actores en función de sus relaciones con sus necesidades.

Este primer acercamiento está articulado con una actitud investigativa que proporcionará el desarrollo del diagnóstico como construcción dialéctica entre conceptos y realidades equivalente a un proceso de reformulación que intenta explicar el *campo problemático*.

En esta primera etapa hay dos cuestiones a considerar:

1. Ubicación: Conocer el contexto particular (institución, barrio, sujetos) situarse frente y en interrelación e intervención, con los actores, es decir reconocer esta tríada *sujetos- institución* con sus necesidades, demandas, su racionalidad, y su interrelación y el *profesional* con su saber específico para analizar esta relación sujeto-necesidad expresión de la *cuestión social*.

2. Acercarse a la práctica de los distintos actores: conocer sus conflictos, intereses, motivaciones, razones y prejuicios, que permitirá ubicarse en el plano de la complejidad.

Así el sujeto aparece ante nosotros entero con su problema particular, demandas y carencias que solo la expresión del conjunto de sus necesidades garantiza la validez social del ejercicio profesional.

El TS se interroga, hay indecisión producto del impacto de una realidad que desestructura e inmoviliza, en donde es necesario un momento de reflexión para establecer *estrategias de intervención* que orienta a la búsqueda del **sobre qué** intervenir.

Preguntarse por las necesidades de los sujetos sociales es el hilo conductor de la intervención metodológica del TS, y configura la trama particular que constituye la singularidad de la cuestión social.

Aquí las acciones son aisladas, encuestas informales, diálogos fragmentados con los actores de la intervención. La información es incipiente respecto de cómo los actores piensan y expresan desde el mundo cotidiano sus carencias y demandas.

Se obtienen datos sueltos que van configurando el contexto de la acción profesional y la elaboración de una estrategia que marcará el diseño de la *micro dinámica* que se genera producto del despliegue de la relación e interacción con los actores, su impacto y constatación de la complejidad de la realidad que provocan desubicación y confrontación con esta .

La obtención de datos es referente a distintas dimensiones que hacen a la vida del sujeto y sus características socioeconómicas y culturales.

Los roles a desempeñar consisten en informarse, escuchar, observar antes de confrontar, omitir juicios y no operar de manera impertinente evitando que el apresuramiento tenga consecuencias negativas para la intervención.

El diálogo informal, lectura de archivos, observación participante y no participante, entrevistas, visitas domiciliarias; junto a la información de fuentes primarias y secundarias sobre la institución y sus actores, son importantes para detectar la problemática central que se plasma en la hipótesis.

El contacto con informantes claves, individuos y grupos “organizados y/o informarles” permite conocer su historia de vida y sus experiencias para comprender la trama social.

Las técnicas más idóneas de intervención y conocimiento son la observación, testimonios, investigación bibliográfica, visita domiciliaria entre otras. Los instrumentos necesarios para ganar legitimidad, son la encuesta y el registro en el cuaderno de campo.

Diagnóstico:

En esta fase intentamos arribar al sentido del diagnóstico; los elementos empíricos son analizados para visualizar el campo problemático donde luego se precisarán los *objetivos*.

El diagnóstico es el marco de referencia de una realidad representada donde se combinan diferentes posibilidades de acción, convirtiéndose en el punto de partida de toda intervención profesional. Se jerarquizan los problemas determinando sus causas y consecuencias para el sujeto, orientando la acción hacia su solución.

Aylwin expone que es “un proceso de medición e interpretación que ayuda a identificar situaciones problemas y sus factores causales en individuos y grupos que tiene por objeto aportar elementos fundamentales y suficientes dentro de un proceso de planificación; explican una realidad determinada para programar una acción transformadora”.(21)

Sach Adams propone que si hay conocimiento de aquello a transformar, se apunta a la planificación de la acción, interesa entonces conocer los elementos fundamentales para actuar racionalmente.

Sus aportes son:

- Caracterizar la unidad de trabajo en su dimensión interna y en relación con el contexto global .Siendo objeto de la intervención profesional los seres humanos, grupos o instituciones.
- Identificar los principales problemas existentes y sus relaciones.
- Especificar los recursos existentes.
- Jerarquizar los problemas de acuerdo a criterios determinados.
- Estudiar en profundidad el problema que el TS va a abordar.
- Pronosticar el desarrollo del problema que tendrá la situación sino se interviene.

(21) Alwin de Barros “Un Enfoque Operativo de la Metodología de Trabajo Social”

Se establece entonces un momento de síntesis de un proceso de conocimiento que se generó en la inserción, con el propósito de indagar sobre el problema, objeto de intervención.

Es una instancia donde se explicitan los nexos de la cuestión social relacionada con la satisfacción de necesidades del sujeto que permite obtener explicaciones teóricas, sobre la realidad particular reorientando objetivos y estrategias de intervención.

También el diagnóstico es resultado de un proceso cognitivo (elaboración intelectual que se da en contextos vitales sobre el que se produce la vida social) y es la reelaboración de ese conocimiento acumulado con ayuda de categorías de análisis sobre la problemática generada en relación sujeto-necesidad.

Allí se devela la complejidad de los problemas analizados. Este descubrimiento no puede ser prolongado del sentido común, si desde una perspectiva teórica que permite conexión entre procesos cognitivos que surgen del contexto vital y formas de vidas reproducidas socialmente referentes a satisfacción de necesidades.

Es el seguimiento de la *necesidad* como demanda lo que permitirá redefinir sobre qué, para qué, cómo, y con quienes, redefiniendo las estrategias

Planificación:

Adherimos a la planificación *estratégica, orientada* a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones a partir de la interacción de actores y el conocimiento fundado en la realidad

Aylwin plantea que es una etapa de programación siendo un método fundamental del TS por que es el “método racional para fijar metas a alcanzar en función de los recursos disponibles, adoptando para ello normas y decisiones previas a la acción, que sustituyan una conducta de improvisación frente a los acontecimientos”.

(22)

El Celats expresa que es un instrumento que permite plasmar un conjunto de acciones referentes al objeto de intervención, posibles de consecución a nivel micro social y macro.

Teniendo en cuenta la complejidad de la realidad cumple funciones prácticas por eso es un instrumento útil producto de su validez sustentada en la eficacia de la solución de las demandas que los actores presentan.

(22) Ídem. Cita 21.

La expresión de necesidades y la planificación permite ordenar las acciones de los distintos actores en función de objetivos específicos que orientan el desarrollo de la intervención y donde la participación de los actores a partir de un proceso real de elaboración y toma de decisiones determina su viabilidad.

Para el TS ella tiene un significado articulador de acciones a nivel general y particular. Es la planificación la explicitación técnica de objetivos, y actividades que viabilizan la intervención, modificándose permanentemente durante el proceso al seguir los condicionamientos de una realidad que los actores complejizan.

Evaluación:

Es el resultado que se obtiene en el desarrollo de la metodología de intervención en cuyo interior se genera un proyecto.

Equivale a evaluar el logro o no de las modificaciones que se han producido en el marco de la interrelación de los actores con respecto a la canalización de sus demandas.

Permite responder al siguiente interrogante ¿en qué medida la acción de los actores junto con la del trabajador social contribuyeron al mejoramiento de algunos aspectos relacionados con las condiciones de vida de los sectores sociales?

Lejos de reducir la evaluación a un mecanismo estático de comparar lo que es con lo que debería ser; es decir si se consiguieron los objetivos propuestos o medir costo-beneficio se plantea una evaluación de tipo *cuantitativa* compleja, apuntando a que las acciones de los diferentes actores confluyan al mejoramiento de las problemáticas que comprometen la calidad de vida de los sujetos sociales.

Al evaluar debemos hacerlo sobre la metodología de intervención, las modificaciones que los sujetos vinculados a ese proceso metodológico logren por medio de procesos evaluativos y se afirmen como protagonistas. Por último evaluar también el trabajo en el contexto de las instituciones para resguardar ese proceso.

Los indicadores a considerar en el proceso de medición son los siguientes:

Objetivos planteados:

- a. Si tienen relación con el problema objeto de intervención (POI) en la medida que la selección de alternativas permite abordarlo.
- b. Si han significado la posibilidad de participación de los actores involucrados en el proceso de intervención profesional.

Sentido de las acciones:

a. Si está dirigido a viabilizar los objetivos y la solución del POI considerando las distintas formas de conocimiento

Actores:

a. Si lograron un proceso de aprendizaje de participación, organización y comprensión de su problemática.

b. Cómo canalizaron sus acciones para comprender sus necesidades individuales.

c. Cómo desarrollaron su capacidad de interlocución para enfrentar sus demandas.

d. Aspectos que indiquen grados de consolidación organizacional.

e. Aspectos que indiquen sus formas de relación democrática solidaria.

f. Aspectos que indiquen la reproducción de formas autoritarias y excluyentes.

g. Aspectos que indiquen el aprendizaje en la toma de decisiones.

h. Relación entre organizaciones y formas de apoyo y ayuda mutua.

Institución:

a. Cómo fue estableciendo relaciones que garanticen el efecto de las acciones, como posibilidad de distribución equitativa de recursos.

b. Cómo fue estableciendo formas de coordinación que favorecieran la solución del POI.

c. Cómo se trabajó la relación institución-comunidad.

d. Cómo se articularon proyectos existentes y otros desarrollados en la perspectiva metodológica de la intervención profesional y la política institucional.

e. En qué medida los objetivos del proyecto tienen relación con los objetivos planteados en el proyecto madre.

f. Cómo se relaciona la fundamentación del proyecto con el conocimiento de las problemáticas expresadas en el diagnóstico.

En que medida las acciones planteadas en el proyecto posibilitan procesos educativos con relación a la organización y planificación.

Trabajo de Campo

Aspectos Metodológicos

El presente trabajo constituye una investigación en áreas específicas, el tipo de diseño es exploratorio-descriptivo basándose en una metodología cualitativa.

Se trata de una investigación acción. La metodología cualitativa abona a la comprensión de la subjetividad de los sujetos actuantes. En el caso que nos ocupa se intenta buscar las distintas atribuciones y significados de los profesionales de la salud que tengan a partir de la experiencia vivida con la problemática partir de las experiencias_ con la atención de pacientes que requieren asistencia de tercera persona.

El presente trabajo reconoce tres momentos:

1- Una investigación aplicada y descriptivo-exploratoria

- Configuración de nuestro marco teórico referencial

2- Trabajo de Campo:

- Para conocer las diferentes modalidades de asistencia domiciliaria
- Para conocer la opinión de los profesionales del INAREPS.

3- La elaboración concreta del proyecto para la creación de un servicio cuya **población objetivo** esta conformada por pacientes de INAREPS que, producto de su discapacidad, requieren Asistencia de Tercera Persona.

Dentro del proceso de planificación definimos como **Universo** a los profesionales que trabajan de manera interdisciplinaria en el equipo de rehabilitación de INARESP, y como **Unidad de Análisis** a los profesionales de la salud que actualmente conforman e intervienen desde la Atención Domiciliaria.

Como señalamos anteriormente plantemos los siguientes objetivos:

Objetivos Generales

- 1) Explorar el registro subjetivo de los profesionales de la salud acerca de los requerimientos de los pacientes que requieren Asistencia de Tercera Persona. Su opinión respecto a la generación de un dispositivo alternativo de atención que los contenga.
- 2) Proponer y planificar un proyecto de Atención Domiciliaria en rehabilitación, con el propósito de mejorar la eficacia de la prestación y la calidad de vida de los usuarios.

Objetivos Específicos

- 1) Describir la modalidad de atención en el INAREPS.
- 2) Definir el concepto Asistencia de Tercera Persona
- 3) Conocer servicios de la ciudad de Mar del Plata que implementan la AD
- 4) Identificar las necesidades sentidas por los profesionales de la salud respecto de este estilo de atención.
- 5) Elaborar una propuesta alternativa de dicha atención.
- 6) Detallar la configuración disciplinar y funciones de cada disciplina.
- 7) Describir la especificidad y la responsabilidad del Trabajador Social como miembro integrante del equipo de salud

Técnicas y Procedimientos

Se recabaran:

Datos primarios:

- Entrevistas en profundidad a los profesionales del Hospital Privado de Comunidad, lugar donde actualmente se desarrolla Atención Domiciliaria y/o Internación Domiciliaria.
- Entrevistas semi-estructuradas a profesionales e informantes calificados del equipo de rehabilitación del INAREPS.

Efectuamos entrevistas al Coordinador Dr. Pablo Malfante y a la Asistente Social Maria Elena Padovani del programa Internación Domiciliaria del HPC con la finalidad de conocer las modalidades de asistencia domiciliaria y a la obtención de información para la elaboración del proyecto de Atención Domiciliaria. Entrevistamos además a los miembros del comité de admisión del INAREPS, (exceptuando al departamento de estadística, quien se negó a brindar información) con el objetivo de explorar el registro subjetivo de los profesionales de la salud acerca de las necesidades de los pacientes -que requieren Asistencia de Tercera Persona- y de la generación de un dispositivo alternativo de atención que los contenga.

Datos secundarios

Observación documental: Revisión de Historia Clínicas

Registro individual de cuaderno de campo

Fuentes bibliografías referente la propuesta explicitada.

Procesamiento y Análisis de Datos

- Conocimiento de la modalidad de atención en domicilio

La entrevista al Dr. Maleante y a la Lic Padovani Maria Elena, esta orientada a conocer la modalidad de Atención Domiciliaria e Internación Domiciliaria.

Las condiciones, sus orígenes, las diferencias entre ambas, sus formas de organización, estructura de los equipos y los objetivos que se proponen.

Como señaláramos anteriormente un objetivo de la entrevista con el Dr. Malfante y la Asistente Social Padovani, fue conocer acerca del funcionamiento de las modalidades de asistencia en domicilio y conocer como surgieron, para poder identificar que alternativa es pertinente respecto a las características de nuestra población objetivo.

El sistema de atención domiciliaria esta en vigencia desde el año 1972, el cual se ha ido modificando de acuerdo a respuestas requeridas por la institución, teniendo presente la prestación pactada, los recursos humanos disponibles y la situación económica del país. Paralelamente se han ido insertando programas de atención, que apuntaron a problemáticas de salud de mayor complejidad y que por su funcionamiento exigían como modalidad de atención la internación domiciliaria, actualmente en ejecución a través de PADES (Programa de cuidados paliativos).

Expresa que el domicilio puede ser el lugar adecuado para el paciente cuando sus problemas de salud no requieren la complejidad de la hospitalización y cuando el soporte familiar es el apropiado para realizar los cuidados...

Atención Domiciliaria (AD): Es un recurso por el cual se provee asistencia sanitaria continua para el cuidado, control y seguimiento de los problemas de salud a las personas que por su situación de incapacidad física no pueden desplazarse al centro de atención primaria, entendiendo que el nivel de complejidad no requiere de hospitalización.

Actualmente el servicio esta compuesto por dos Lic de enfermería, una supervisora de enfermería, dos lic. en Kinesiología, Servicio Social a demanda y un Médico, asignado por área domiciliaria. El mismo depende del área Atención Primaria de la Salud.

Internación Domiciliaria (ID): Entendida como la atención transversal en el domicilio, en un momento dado de la vida del sujeto y en relación a una situación concreta de la enfermedad, de un problema de salud de mayor complejidad y que necesita para su asistencia la intervención diaria de los profesionales.

Dentro del programa hay tres subprogramas, que dependen de Medicina interna: Pacientes Paliativos, pacientes subagudos y de soporte, es decir pacientes terminales compensados.

Equipo compuesto por seis lic. en enfermería, cuatro de ellos con pos grado en cuidados paliativos, un supervisor de servicio, dos Asistentes Sociales, ambas con formación en cuidados paliativos y cuatro médicos, tres de ellos con capacitación en cuidados paliativos.

El ingreso se produce a través de Internación Hospitalaria, Guardia y Consultorios externos.

Las visitas domiciliarias son de dos a tres veces por semana (medico y enfermero) y una semanal de la Asistente Social.

La diferencia entre Atención Domiciliaria e Interacción Domiciliaria, reside en función del nivel de complejidad y en la frecuencia con que se asiste en domicilio. Ambos recursos institucionales son complementarios y son utilizados como centros de derivación mutua.

La TS expresa que los objetivos de intervención difieren en ambos tipos de atención: En AD para el ingreso el paciente debe estar compensado (estable), los propósitos son progresivos, pudiendo planificar diferentes acciones a mediano y largo plazo. La atención se focaliza en **conocer**, generar la contención y el soporte familiar para promover factores protectores y evitar situaciones de riesgo social., indicadores y parámetros de la intervención como barreras arquitectónicas. Las visitas domiciliarias son más aisladas, quedando sujeta a demanda.

ID: El nivel de complejidad es mayor, debido a la situación clínica del paciente. Se trabaja sobre la remisión de los síntomas (alivio del dolor, elaboración del duelo anticipatorio, resolución de temas pendientes ante la situación de muerte entre otras).

Aquí los objetivos son puntuales a corto plazo y se interviene sobre la urgencia y se esta alerta al imprevisto. Por tal razón las visitas domiciliarias son diarias y requieren de tiempo prolongado.

Impresión:

La información obtenida resulta de gran utilidad para diferenciar ambas modalidades de atención.

La Internación Domiciliaria brinda elementos para el abordaje de pacientes crónico en estado Terminal. En el caso que nos ocupa la modalidad esta pensada para el paciente crónico que no se encuentra en situación Terminal, en tal sentido es altamente ilustrativo la función del servicio de AD, respecto de superar el objetivo de mantenimiento acotado a las condiciones físicas por el mejoramiento. Nos referimos al caso de ampliar las funciones del cuidador, el cumplimiento de indicaciones para el mejoramiento de la calidad de vida.

Dimensiones y Variables

Para la elaboración de entrevistas en INAREPS al comité de admisión trabajamos sobre:

Dimensiones	Variables	Indicadores
Concepción de Salud	Perspectiva de salud	¿Por que cree UD que las personas se enferman? ¿Qué medidas contribuyen a su recuperación? ¿Cuales son los problemas de mayor recurrencia para mantener o superar una condición en el enfermo crónico?
Concepción acerca de la demanda de pacientes en situación de máxima dependencia que requieren ATP	Registro de la demanda Registro de las condiciones de admisión. Conocimiento de intentos previos de atención de esa demanda Propuestas de alternativas.	¿Reciben este tipo de pacientes? (si, responde afirmativamente) ¿Admiten a este tipo de pacientes? (si, responden, no) ¿Por que creen que no ingresan? ¿Que acciones de realizaron desde la institución para cubrir su demanda y cuales se pueden implementar?
Concepción acerca de AD	Opinión acerca del estilo de atención. Posición respecto a su implementación Visión vinculada a la estructura disciplinar de abordaje. Criterios de admisión.	¿Cree que es una estrategia viable? ¿Como imagina su posible creación e implementación? ¿Qué profesionales deberían integrar el equipo? ¿Que aspectos son necesarios evaluar para su ingreso?

- **Concepción de salud:**

Entienden a la salud como un estado y proceso ligada a la calidad de vida relacionada, esta, con factores socioeconómicos, políticos, psíquicos-afectivos, que influyen de manera positiva o negativa y como... *“un derecho donde la demanda del paciente se reubica frente al mismo y sus consecuencias”* . *“Estos factores sumado a la incidencia de una patología o secuela que produce discapacidad hacen que el tratamiento o la recuperación sea mas complejo”*. *Vemos a pacientes con la misma patología pero con distinta evolución según su situación socioeconómica”*.

Destacan también la paradoja del avance tecnológico que, a su vez promueve sobrevida, pero genera más discapacidad, dejando excluidos a aquellos pacientes que no pueden costearla, produciendo consecuencias negativas en su calidad de vida.

Se observa en el discurso la preponderancia del factor económico referido a los costos del tratamiento de rehabilitación y el acceso a tecnología adecuada agentes que actúan como barreras, contradicción cuando hablamos de “rehabilitación”.

- **Conocimiento acerca de la demanda de pacientes en situación de máxima dependencia que requieren ATP:**

Los profesionales tienen conocimiento de los pacientes que requieren ATP, a través del incremento de la demanda, por su experiencia profesional en el área de rehabilitación, por el ingreso de pacientes a la internación institucional y demanda espontánea de familiares de pacientes, entre otras.

Manifestaron que estos pacientes no recibían atención, por parte de la institución porque antes no sobrevivían. Además la concepción tradicional de la rehabilitación consistía en un *“abordaje que tiene en cuenta la conexión del paciente y su respuesta con el medio, para su evolución...ninguna institución estaba preparada para contenerlos”*. *“No existe un espacio de atención entre la fase aguda y la rehabilitación”*.

Respecto a las acciones realizadas, desde la institución se utilizo, en determinados casos, como recurso la internación institucional y al momento se esta implementando desde el servicio de internación domiciliaria.

- **Concepto acerca se AD:**

Consideran que a través de la modalidad de AD, la oportunidad de ampliar en concepto de rehabilitación, al trabajar con su grupo familiar, creando nuevas herramientas para su sostén que contribuyen a mantener o mejorar su CV.

La misma consiste, en *“un tratamiento de mantenimiento, de cuidados postulares para prevenir complicaciones secundarias, de instrucciones para el hogar, incorporación de nuevos hábitos, entre otras...El tratamiento es de mantenimiento se trata de enseñar habilidades, dar instrucciones para que la familia aprenda a cuidar al paciente”*, y cuidar al cuidador.

Dentro de las acciones a desarrollar se comparte la visión de que la ID y AD, son acciones complementarias, aunque existe cierta confusión al momento de distinguirlas, puesto que las diferencias, según los entrevistados son muy sutiles.

Conciben a la AD, como estrategia que evita generar en las familias expectativas elevadas acerca de la recuperación de su familiar *“en la etapa aguda el familiar al saber que el paciente no murió genera en el imaginario la esperanza de que va a volver a ser el mismo, confundiendo rehabilitación con recuperación”*. La internación provoca la delegación de los cuidados del paciente en los profesionales, sobre todo en enfermería, de esta manera la familia no ejerce un rol de cuidado y participa de manera pasiva en la satisfacción de las necesidades del paciente...”*se visualiza temor y desconocimiento de los cuidadores al asistir a su familiar”*

Consideran que el hogar, permite al paciente experimentar una conexión singular con sus objetos afectivos, significativos (olores, ruidos, colores, objetos, etc.), que sirven como estímulos.

El nicho ecológico ayuda a la familia y al paciente para que mantengan su espacio propio y no pierda la inserción en su red primaria, el equipo actúa como soporte de un medio de contención formal.

Señalaron como relevante la presencia de un cuidador que responda a las necesidades del paciente y que posea principalmente *“vocación de servicio”* y *“paciencia”*.

Es necesario la distribución de roles entre familiares, “*sin bien existen amigos, vecinos, que interviene en momentos puntuales el cuidado recae en uno solo, que es generalmente una mujer*”.

Para la creación del servicio, creen que es necesario un equipo interdisciplinario permanente conformado por Trabajador Social, Enfermería, Fisiatría, Terapeuta Ocupacional, Kinesiología y como equipo soporte Psicología, Psiquiatría, Fonaudiología. Los miembros deben rotar de acuerdo a la demanda de los casos.

Entonces se requiere “un equipo con un móvil y chofer que vaya casa por casa y mucha calle”, cubriendo el radio urbano y zonas aledañas.

Hay concordancia en realizar el ingreso al servicio a través del Comité de Admisión y la evaluación se efectuara en el propio domicilio, realizada por el propio equipo interdisciplinario que conforma el servicio de AD. Según los entrevistados para su ingreso es necesario evaluar: **Antecedentes del paciente** (grado de dependencia, historia de vida, patología, su conexión con el medio) **condiciones habitacionales**, (mínimas y necesarias para su confort) y la presencia de un **cuidador informal o formal**, que pueda interpretar y responder las necesidades del sujeto.

Esta modalidad de atención, considerada *viable*, debe estar incluida dentro del organigrama de la institución y promover su difusión en diversos medios. Se expresa la necesidad de comprobar la racionalidad costo-efectiva en base a la eficiencia y calidad en la gestión.

Marco Institucional

Institución Sede:

Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur ubicado en la ciudad de Mar del plata, Ruta 88 Km. 4,5.

Descripción Institucional:

En el año 1952 se constituye CERENIL, como entidad civil sin fines de lucro, ubicándose en predios donados por Doña Eufemia Errecaborde, con el objetivo de atender pacientes afectados por la epidémica de Poliomiélitis.

En 1956: se inicia el Sanatorio Escuela como Centro de Rehabilitación para niños lisiados (CERENIL), bajo la dirección del Dr. Juan Tessone. Este centro se mantenía con el producto del cobro de una rifa de automotores.

El primero de Julio de 1976 como resultante de la erradicación de la poliomiélitis, el municipio no autoriza las rifas, Esto determina que el sanatorio escuela pase a la Nación como Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Hasta 1979 el instituto quedará sin funcionar. Un año después se reactiva bajo la dirección del Dr. Orozco. La institución se encontraba con gran parte de sus servicios inmovilizados o cerrados, sin pacientes internados, sin cirugía, ni escuela, sin profesionales, sin estructuras y con deficiencias edilicias.

En el contexto mundial de la época se iniciaba la década de la rehabilitación. Así como en los inicios de la institución, la poliomiélitis deja gran cantidad de niños con secuelas psicofísicas que debieron resolver con los instrumentos de la época hasta el advenimiento de la vacuna. En la actualidad se enfrenta con una multifacética patología: las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades neurológicas y la accidentología. Estas patologías requieren respuestas también dentro del ámbito de la rehabilitación

Durante el año 1992 hubo intentos de traspaso a jurisdicción Provincial, lo cual queda sin efecto por no arbitrarse los medios legales para efectivizar la transferencia y gracias a la organización institucional y comunal que inicio una lucha activa para evitar la misma.

Lo expuesto conjura una zona gris donde la inestabilidad es el común denominador, por la falta de recursos presupuestario anual, cambios en la figura legal, inseguridad laboral del personal y precariedad en la estructura funcional, poniendo en riesgo la preservación del perfil asistencial del INAREPS, considerando la rehabilitación desde el punto de vista económico como un servicio no rentable.

A raíz del fallecimiento del director Orozco, la dirección queda a cargo de la directora interina Dra. Nora Togneti, ejecutando una serie de modificaciones en la organización del recurso humano institucional.

El objetivo institucional es:

“lograr la rehabilitación integral del paciente discapacitado brindando el apoyo científico que la familia requiere y tratando de efectuar la educación comunitaria básica tendiente a que la sociedad tome conciencia de su responsabilidad ante la población con algún tipo de discapacidad”. (23)

Formas de ingreso:

El paciente puede ingresar:

Para tratamiento en internación: utilizando como vía de entrada al comité de Admisión y Egresos, que en forma multidisciplinaria estudia y selecciona cada caso.

Para tratamiento ambulatorio: a través del Consultorio Orientación previo estudio efectuado por diversas especialidades según el tipo de patología discapacitante.

Modalidad de trabajo

La modalidad de trabajo, es la de un equipo interdisciplinario que se orienta de acuerdo a los valores remanentes que posee el paciente y con la participación de la familia.

Las disciplinas de este equipo son: Terapeuta Ocupacional, Terapeuta Físico, Kinesiólogo ó Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Asistente Social, Recreación y Deportes, Maestros, Médico. Y auxiliares de enfermería.

En estos últimos años se atienden especialidades tales como: Fisiatría (Medicina Física y Rehabilitación), Ortopedia, Neurología, Clínica Médica, Pediatría, Urología, Ginecología, Cardiología, Neumonología, Reumatología, Oftalmología, Cirugía Plástica, Psiquiatría, Odontología, Bioquímica, Farmacia, Cirugía, Radiología.

(23) Ídem Cita 1

Áreas de Atención

Prevención

Se está trabajando en Atención Primaria, en la modalidad de consultorios externos y con las siguientes especialidades: Pediatría, Clínica Médica, Odontología y Ginecología, con la apoyatura de Estadística y el Servicio Social. El radio poblacional de la institución a quienes presta servicios son los barrios Bosque Grande, El Gaucho, San Antonio, Las Heras, Las Dos Marías y Belgrano.

Rehabilitación propiamente dicha

Se efectúan todas las gamas terapéuticas dentro del campo de la Medicina Física y Rehabilitación, desde el tratamiento Físico y Fisioterapéutico hasta la cirugía de rehabilitación.

Educación

En el Servicio de Orientación y Rehabilitación Profesional se efectúa, previa evaluación de Terapia Ocupacional, una orientación básica en disciplinas tales como: Carpintería, Ebanistería, Dactilografía, Peluquería, Radio, Televisión, electrodomésticos, Electricidad, Juguetes, Bijouterie, Artesanía en Nudos y Encuadernación.

Por un convenio con la Dirección de Educación Especial de la Pcia. De Buenos Aires, funciona dentro de la Institución, la Escuela de Educación Especial N°501, que recibe en sus aulas a pacientes alumnos con trastornos del aparato locomotor; cubriendo toda la educación primaria.

Docencia

1-En el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur se cumple los planes de Residencias Médicas en Medicina Física y Rehabilitación (Fisiatría) y de Residencias en Terapia Física (Kinesiología), de acuerdo con las directivas del Ministerio de Salud de la acción Área de Recursos Humanos,(RRHH); efectuando rotaciones con su similar de la capital Federal.

2-Curso de Auxiliares de Enfermería: Se está desarrollando el Curso Anual de Enfermería desde 1983 ininterrumpidamente, que otorga títulos avalados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y reconocidos por el Ministerio de Educación de la Nación.

3- Prácticas de Alumnos de Terapia Ocupacional de la universidad Nacional de Mar del Plata: Bajo la supervisión docente del Servicio de Terapia Ocupacional, desarrollan sus tareas formativas las alumnas de la citada Universidad.

4- Rotaciones de Fisioterapeutas: Efectúan pasantías y prácticas hospitalarias alumnos de Fisioterapia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

5-Fonoaudiología: El Servicio de Fonoaudiología recibe pasantías de Fonoaudiólogos de la Universidad del Aconcagua (Mendoza) y FASTA (Mar del Plata por convenio).

6-Asimismo, con cierta frecuencia los Servicios de: Psicología, Servicio Social y Terapia Ocupacional, reciben concurrencias o pasantías para capacitación de pre grado y postgrado.

Investigación

Periódicamente se renuevan los Convenios Marco de reciprocidad, en Investigación y Cooperación, con: el Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. JARA (INE.); con la Universidad Nacional de Mar del Plata y con la Secretaría de Calidad de Vida dependiente de la municipalidad de Gral. Pueyrredón, con la Universidad FASTA. Continuando con una trascendental labor de investigación y cooperación, que junto a lo ya desarrollado en el Instituto, favorece en el campo de la asistencia, la docencia y la investigación para el bien de nuestra comunidad.

Extensión Comunitaria

Al plan de Atención Primaria, de inmediato y positivos resultados se le agrega apoyo recreativo y deportivo a la niñez, utilizando dos canchas de fútbol que posee la Institución dentro del predio, que además cumple un objetivo de integración y comunidad recíproca.

Reinserción Laboral: Si bien la ley 22.431 dice que todas las Empresas tienen la obligación de tener un porcentaje de discapacitados entre sus agentes, en la práctica esto sólo es posible apelando a amistades y voluntades que se aúnan para captar discapacitados entre sus empleados. Tal vez lo más destacado que podemos apreciar en la incorporación de agentes con dichas características, son: el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur, con casi un 10 % de agentes discapacitados; la

Municipalidad de General Pueyrredón; el Instituto Nacional de Servicio Social para Jubilados y Pensionados; el Banco Nación, la Fábrica de zapatos Salzano, la Fábrica de cañas de pescar y productos deportivos Fishing Glass, Correos y Telecomunicaciones, U.C.I.P. y el Hospital Privado de Comunidad.

Se efectúa el examen médico, correspondiente a la tramitación para el otorgamiento de automotores para discapacitados, de acuerdo a la ley 19.279, trámite que luego finaliza en la Dirección Nacional de Rehabilitación.

Rampas peatonales para discapacitados: La Dirección del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur, gestionó y consiguió que se aprobara la Ordenanza Municipal 5.107, por la cual se autoriza a construir rampas peatonales para discapacitados en la ciudad de Mar del Plata. Constituyéndose en pionera en la divulgación de este ítem tan importante de las Barreras Arquitectónicas. La rampa no solo constituye una facilidad para el desplazamiento del discapacitado, sino que su presencia está comunicando a la sociedad toda, de la coexistencia de un 6 á 10 % de personas con discapacidad dentro de la comunidad .El mensaje que se instala es la obligación de la comunicad de integrarlo y no el discapacitado pedir lo que le corresponde por derecho.

Se realiza divulgación en los colegios secundarios, con visitas guiadas posteriormente; con la finalidad de crear una real conciencia de la Rehabilitación y su Filosofía; pues se entiende que la Rehabilitación "Es la forma de ver y sentir del discapacitado", y en el análisis de este siempre decimos que interesa como se ve el discapacitado a si mismo, como lo ve y lo siente la familia y como lo admite la Sociedad.

Organigrama y Estructura del INAREPS

El INAREPS posee 18 comités asesores, tres departamentos médicos y un coordinador de departamentos técnicos (médicos) que coordina los departamentos de enfermería, estadística, alimentación y Servicio Social; Cuatro departamentos de Administración y uno de Mantenimiento y Servicios Generales.

Cabe aclarar que la estructura y organigrama de la institución se encuentra en plena tarea de reestructuración, teniendo como fin clarificar los roles de las distintas jefaturas, evitar la superposición de cargos, replantear los cargos innecesarios o

insuficientes, teniendo como objetivo único lograr la máxima eficacia y eficiencia y alcanzar los objetivos institucionales.

Este movimiento genera por supuesto evidentes resistencias y miedos antes los posibles cambios que implicaría una transformación en la vida institucional.

Programas para disminuir el impacto de la patología:

Patologías funcionales

Amputados

Rehabilitación Cardio-vascular (RECAV)

Rehabilitación respiratorio (PRORRES) para la población de Mar del Plata únicamente.

Niños de alto riesgo (derivados del centro de estimulación temprana de la ciudad)

Centro de derivación de alta complejidad en ARJ (Artritis reumatoidea juvenil) y ARA (Artritis reumatoidea en adultos)

Características de los Beneficiarios:

La población que atiende esta institución, sufre discapacidades físicas que la mayoría de los casos complican su movilidad e independencia. Entre las patologías a atender se encuentran: lesionados medulares severos, secuelas de accidentes de tránsito, secuelas post-quirúrgicas, hemiplejías, mielomeningocele, secuelas de poliomielitis, esclerosis múltiple, etc.

SERVICIO SOCIAL INAREPS

El departamento de Servicio Social se encuentra bajo la dirección de la Lic. Virginia Palomino e integrado por cinco Trabajadoras Sociales y una auxiliar que realiza tareas administrativas.

La función del departamento se caracteriza por ser normativa, educativa, orientadora y promotora del desarrollo integral de la persona. Actuando, además, como nexo entre la institución, el paciente, su familia y la comunidad.

El objetivo que guía la intervención profesional es contribuir al logro de los objetivos institucionales participando con el equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación, a través del desarrollo de las potencialidades del paciente, su familia y la comunidad, utilizando la adecuación como principal herramienta de trabajo y seleccionando adecuadamente las técnicas de intervención sobre la base de

procedimientos propios de la investigación social, la planificación y la administración en Servicio Social.

Objetivos específicos:

A nivel individual

Evaluar las necesidades del paciente, los recursos existentes y las potencialidades que dispone.

Conocer la red primaria del paciente y su grupo familiar durante la rehabilitación y promover el desarrollo integral de la persona

Motivar la participación activa del grupo familiar en el plan de rehabilitación y en la incorporación de hábitos que fomenten la calidad de vida.

Atender la problemática social que surja durante la rehabilitación del paciente, especialmente con aquellos provenientes de zonas alejadas, a fin de evitar la desvinculación de su grupo familiar y social.

A nivel grupal:

Integrar al paciente al medio, a través de actividades, mediatizadoras, sean educativas, recreativas, culturales.

A nivel comunitario:

Establecer conexión con otras instituciones promoviendo la acción organizada para lograr una relación favorable entre el discapacitado y su comunidad.

Investigar en las actividades de información y educación de la comunidad en lo que a disparidad y rehabilitación se refiere.

Establecer canales fluidos de comunicación con los diferentes niveles de atención a fin de coordinar las necesidades que garanticen la atención de aquellas personas que por razones geográficas, sociales y/o económicas presentan dificultades para su rehabilitación.

Para alcanzar dichos objetivos el Servicio Social realiza diversas intervenciones:

Directa: son aquellas intervenciones que se realizan por medio de la interacción cara a cara con el paciente y su grupo de referencia por medio de la entrevista.

Indirectas: consisten en la participación de las diferentes instancias donde se trabaja en equipo (clínica familiar, pase de sala, evaluación, revisión de historia clínica, admisión y egreso, evaluación pre-quirúrgica, coordinación de horarios para tratamiento) como también la interconsulta con otros profesionales del equipo.

Con respecto a las intervenciones Inter-institucionales realiza:

Conexiones con los Centros de derivación (solicitud de evaluaciones medico-sociales, altas de tratamiento, gestión de elementos varios, etc.)

Derivaciones de pacientes a otras instituciones (hospitales, geriátricos, psiquiátricos)

Gestión con diferentes instituciones y ONGs tales como CILSA, PAMI, ANSSES, diferentes obras sociales, aseguradoras de trabajo, tribunales, etc.

Reseña histórica del Servicio Social de I.N.A.R.E.P.S

El Servicio Social estuvo presente desde los inicios de la institución cuando esta aún llevaba el nombre de Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados (CERENIL).

El rol del asistente social se fue modificando desde, un rol netamente asistencialista y pro-médico centrado en el eje de la respuesta al tratamiento, hacia un rol más activo y de cambio, que considera al paciente y su familia. Esto último se corresponde con el surgimiento de nuevas conceptualizaciones y corrientes de pensamiento en la disciplina y con cambios políticos, sociales y económicos en el ámbito nacional.

En el año 1992, dado el contexto económico y político en el que se plantea la transferencia de las instituciones nacionales hacia organismos provinciales, comienza en el interior de SS un cambio de perfil, no solo centrado en la familia y el paciente, sino también iniciando un movimiento de lucha política-institucional, con el propósito de cumplir tanto con la defensa de la institución y su perfil en el ámbito de la nación, como con la protección de los derechos de las personas con discapacidades.

A partir de ese momento, se reflota la Asociación de Profesionales que actúa como gremio en el marco que le otorga el decreto ley 277/91, que estructura la carrera profesional asistencial de la nación. La finalidad de esta asociación es la lucha permanente en pro del objetivo que le dio origen y de los que emergen constantemente de la realidad actual.

Programas de cobertura del SS:

Los programas que se desarrollan a continuación, surgen de los objetivos institucionales, la situación económica actual y las características del beneficiario.

Se hace entonces indispensable organizar en términos de programas los recursos sociales disponibles, para satisfacer mejor la demanda, permitiendo una óptima producción con relación a los resultados.

Medicación: se autoriza la entrega gratuita de medicamentos por parte de la farmacia interna de la institución a pacientes ambulatorios que no poseen obra social, y no pueden solventarlos, luego de una evaluación socio-económica.

Alimentación: Se entrega a los pacientes cuya rutina de rehabilitación le implica permanecer en el instituto durante la mañana y la tarde, la autorización para el almuerzo o una colación, según evaluación de cada caso. Se incluyen aquí a los pacientes que están desnutridos o con serias carencias alimentarias.

Elementos prótesis y ortesis: El instituto cuenta con un taller de prótesis y ortesis donde se diseñan y fabrican los elementos para llevar adelante la rehabilitación, dirigido a pacientes que no cuentan con recursos y/o obra social para obtenerlos. Los elementos que no se encuentran en el taller se gestionan mediante el Ministerio de Salud u otros organismos.

Sillas de Ruedas: este programa se realiza junto con la ONGS CILSA, que se encarga de la provisión de silla de ruedas y elementos varios (muletas, bastones canadienses. etc.) a los pacientes que lo requieran y no estén en condiciones de solventar los gastos por sus propios medios. La función del SS es agilizar los trámites y presentar toda la documentación requerida.

Relación del Servicio Social con los diferentes sectores o áreas de la organización:

El departamento de Servicio Social coordina e intercambia diferentes tipos de bienes y servicios con cada uno de los departamentos que conforman la institución

Dirección Asistencial

Departamento Médico Asistencial

Servicio de Fisiatría encuadre social del tratamiento de rehabilitación del paciente. Valoración de recursos individuales del paciente y del contexto.

Servicio de Ortopedia solicitud de elementos a distintas entidades.

Servicio de Neurología consultas, solicitud de medicación especial que la institución no puede proveer.

Programa Neumonología Programas PRORRES, suministro de medicación.

Servicio Clínica Médica servicio de consultorios externos e internación.

Sección Oftalmología: gestiones y solicitudes de anteojos para pacientes del instituto que luego son enviados a la municipalidad según domicilio particular.

Sección Cardiológico Programa RECAV, evaluación y orientación de pacientes cardíacos, suministro de medicación.

Servicio Cirugía de Rehabilitación orientación del paciente, evaluación prequirúrgica, gestión para el acceso de prótesis y ortesis por subsidios.

Departamento de Diagnóstico y Tratamiento

Servicio de Consultas Externas

Sección Atención Primaria de la salud Derivaciones por complejidad, apertura de historias clínicas, autorización de medicación.

Servicio Farmacia administración de recursos, autorización de medicación.

Departamento de Rehabilitación Reuniones interdisciplinarias: evaluación, plan de tratamiento, ejecución, seguimiento y atención promocional.

Sección Ortesis y Prótesis solicitud y préstamo de recursos institucionales, cobertura de elementos.

Departamento de Enfermería informes de traslado de pacientes del I.N.A.R.E.P.S al Hospital para realizar estudios u análisis y comunicaciones de otro tipo de datos relevantes para el manejo interdisciplinario de los departamentos.

Departamento de Estadística Administración de la atención programada del departamento de SS. Atención Primaria de la Salud.

Departamento de Alimentación programas de alimentación por demanda de pacientes ambulatorios Entrega de alimentación especial, (por ejemplo para pacientes que se alimentan por sonda naso gástrica).

Dirección Administrativa:

Departamento de personal y Despacho: Entrega de informes, sobre pacientes y documentación especial enviados a otras instituciones.

Departamento de Administración: Pedido de recursos, como artículos de librería y elementos varios de equipamiento para el departamento de SS.

Departamento de tesorería: Solicitud de dinero para comprar recursos (medicación que la farmacia del instituto no posee, estudios clínicos, traslados) que la cooperadora no puede cubrir, destinado a los pacientes sin acceso a los mismos.

Departamento de Mantenimiento y Servicio Generales: El SS solo mantiene intercambio directo con la sección transporte con el propósito de coordinar días y horarios de traslados para pacientes internados y ambulatorios, que no tienen acceso a transporte privado.

Comités Interdisciplinarios:

Dentro del ámbito de la dirección existe un grupo importante de comités interdisciplinarios, cuyo objetivo es asesorar a la dirección, orientándola, sobre cual debería ser la conducta a seguir.

El departamento de SS participa de los siguientes comités:

Comité de Evaluación de nuevos pacientes y pases de sala para pacientes internados: conformado por clínica médica (fisiatría), fonaudiología, Terapia Ocupacional, Terapia Física, Enfermería, Psicología, SS y Estadística. Las especialidades de Cardiología y Neurología.

Comités de Admisión y Egresos: en el cual participan el Jefe de residentes de Fisiatría, Jefe de Estadística, Dirección interina, Jefe de Enfermería, Jefa de Servicio Social y el responsable del área de rehabilitación. El objetivo es evaluar las posibilidades de contener al paciente como internado.

Comité de Historias Clínicas: Constituido por miembros de Estadística, SS, departamento médico. Su función esencial es el control, análisis y modificación de las historias clínicas. Asimismo evalúa y da curso a las solicitudes por parte de otras instituciones.

Comité Permanente de la Carrera Profesional: (COPECAP), constituido por el director del instituto, dos jefes de departamento, los de mayor antigüedad, un representante de la Asociación de Profesionales y dos representantes elegidos por el conjunto de

profesionales para asumir. Su función es implementar los concursos y nombramientos de los profesionales que ingresan a la carrera hospitalaria y administrar las calificaciones de desempeño profesional que fundamentan la promoción y los grados de antigüedad.

Comité de Atención Primaria de la Salud: Integrado por miembros de Atención primaria de la salud (APS) y Servicio Social y Estadística. Su tarea es determinar las políticas a ejecutar en ese sector.

Comité de Docencia e Investigación: En el cual participan representantes de todos los servicios, los cuales se responsabilizan por las residencias y pasantías; así como también de informar sobre jornadas y congresos que se lleven a cabo.

Comité de Alimentación: Conformado por el jefe de departamento de rehabilitación, Jefe departamento de alimentación y jefe de SS. Su propósito es definir el grupo de pacientes externos que serán integrados al programa de alimentación.

Comité Quirúrgico: Del cual participa el SS, Cirugía, Ortopedia y Fisiatría.

Conclusiones

A través de los datos obtenidos y analizados en las entrevistas observamos que, los profesionales, tuvieron una gran disposición en el desarrollo de las mismas, actuando como aspecto facilitador.

Visualizamos que en rasgos generales comparten - al menos en el discurso- una visión holística del concepto de salud y un paradigma común referente a la rehabilitación y su proceso.

Se tiene presente la Salud como derecho, dejando de lado una visión determinista del sujeto que solo demanda “pide”, sino como sujeto con derecho a recibir asistencia pública y gratuita, como así también comprender que el paciente tiene sus obligaciones y deberes, siendo necesario una conciencia y responsabilidad participativa individual colectiva.

Desde la experiencia empírica, que poseen en rehabilitación los profesionales, transmitieron que en el abordaje de este sujeto de atención, es necesario un enfoque interdisciplinario, que cuente con una mirada integral de la situación. Resaltado que cada especificidad es ineludible e indispensable.

Inferimos que el sentimiento de pertenencia logrado con la institución les permite sentirse parte en la toma de decisiones, valorando la misma independientemente del status. Promoviendo cambios, que permitan dar respuestas a nuevas demandas.

Se observo que el binomio cronicidad-dependencia genera un impacto en todos sus aspectos en sus esferas micro y macro que en mayor intensidad se expresan en el nivel político, económico y social.

Entendemos la discapacidad como problema social, aunque el mismo no es percibido por la sociedad en su conjunto, la diversidad es marginada y desde “dispositivos de discriminación compensatoria se protege y asiste a las personas con discapacidad” (25) producto de la lógica actual del mercado, donde “las diferencias se sitúan en escala de posiciones y valores desiguales.” (26)... reproduciendo mayor discapacidad al reducir los espacios de participación activa para construcción de ciudadanía característica fundamental de un sistema considerado “democrático”.

(25) Dell Anno A y colaboradores. “Discapacidad y educación en la perspectiva de la diversidad”. UNMDP. Mundo Impreso.2002.

(26) Ídem 25

En el imaginario persiste connotaciones negativas sobre el concepto ya que es vista como limitación, incapacidad, etc. No solo implica la pérdida de una función del cuerpo sino también la pérdida de una imagen corporal y principalmente un proyecto social personal que se transforma. Es entonces un proceso de cambios que llevarán a la planificación de un nuevo proyecto singular que debería ser individual colectivo.

La rehabilitación se vuelve imprescindible, permite motivar y aprovechar las capacidades residuales por tanto es primordial para la contención del paciente y su red social.

El contexto domiciliario facilita aproximarnos a una valoración objetiva del paciente, de su situación funcional, de la interrelación familiar, el grado de discapacidad-dependencia y de las dificultades ambientales, arquitectónicas que se traducen en obstáculos para la adaptación y normalización de la actividad en su entorno cotidiano.

Con la intervención domiciliaria se brinda una visión holística de la rehabilitación, en donde se integra a la familia o cuidador del paciente durante todo el proceso, atendiendo a las necesidades e inquietudes del entorno real convirtiendo a la familia en un factor salutogénico para el paciente.... No solo impactando a nivel micro sino insertándose en lo macro a través de políticas que tiendan a su cobertura y difusión de manera progresiva y continua.

Como futuras profesionales nos compete intervenir en esta realidad compleja dinámica que en muchas ocasiones nos interpela y nos hace reflexionar acerca de nuestra especificidad, movilizándolo nuestro potencial para planificar un servicio que genera un nuevo campo de actuación e inserción en la esfera pública.

Propuesta: Elaboración del proyecto Atención Domiciliaria destinado a pacientes con discapacidad y máxima dependencia, (en referencia a gran dependencia, grado III) que requieren Asistencia de Tercera persona.

Proyecto de Atención Domiciliaria

Dirigido a pacientes de máxima dependencia que requieren asistencia de tercera persona



ASISTENCIA DOMICILIARIA

Pautas Orientadoras Para su Creación

INTRODUCCION

El progreso de la medicina aumenta la expectativa de vida y permite recuperar a personas que en otros tiempos no hubiesen sobrevivido, producto esto, de los avances científicos y tecnológicos que facilitan la sobrevivencia de individuos con serios daños físicos y mentales.

Lo antedicho nos confronta con una doble paradoja que actúa como cerrojo. Como señalamos anteriormente el avance de la medicina que hace tratable enfermedades, antes consideradas mortales, provoca paradójicamente un crecimiento de la discapacidad y de la expectativa de vida; que a su vez la misma, decrece por el retroceso de nivel de vida de la población, acompañado con la mercantilización de los derechos sociales, en este caso la salud.

En este campo se evidencia, el incremento de pacientes que requieren asistencia de tercera persona, como consecuencia de una secuela grave discapacitante, que genera en el sujeto máxima dependencia.

Frente a esta situación, nos preguntamos ¿que mecanismos innovadores puede generar el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sud, para dar respuesta concreta a esta demanda potencial en aumento?, siendo este, el único organismo nacional a nivel público, abocado a la atención de pacientes que requieren tratamiento de rehabilitación.

En tal sentido creemos que la creación de un servicio de atención domiciliaria puede constituirse en una alternativa legítima y una necesidad sentida por todos los involucrados ya que consideramos que es una estrategia viable, superadora, como recurso a esta situación.

Estimamos que a través de este estilo de atención, se contribuye a optimizar la calidad de vida del paciente y su familia, elevando la eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios.

Definición y fundamentación del proyecto

Atención domiciliaria se refiere a un programa de atención que sin poner en riesgo la vida del paciente y bajo un modelo interdisciplinario, brinda una solución a personas con algún tipo de discapacidad conservando siempre como mayor logro y objetivo, la funcionalidad con ganancia en términos de calidad de vida.

Este estilo de atención contribuye a optimizar la CV del paciente y su familia elevando la eficiencia y eficacia en la prestación del servicio sanitario.

Entendemos este proyecto como una estrategia de atención extra hospitalaria, una alternativa asistencial que permite pensar la salud desde un punto de vista integral.

A su vez brinda servicios de salud humanizados y oportunos a la población ligado a valores, como la convivencia familiar, entorno afectivo y responsabilidad participativa. Con el propósito de promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar al paciente-familia en la evolución de la enfermedad en todos sus aspectos, elevando la calidad de vida, con un relativo menor costo comparado con la atención tradicional.

El **valor terapéutico** de la atención domiciliaria, permite a los familiares ser partícipes activos del cuidado del paciente y mantener la integridad familiar generando beneficios ampliados en el paciente, su familia y la institución.

A través de la intervención “in situ”, se trabaja dentro la funcionalidad del paciente y su realidad socio-ambiental promoviendo la capacidad de resiliencia. A si mismo el trabajo interdisciplinario facilita, articula, potencia diversos recursos realizando un abordaje integral acerca de la discapacidad.

Debido a lo amplio del concepto se hace necesario limitar el alcance del presente trabajo a la siguiente definición:

Un proyecto de atención a las necesidades de aquellas personas con enfermedades crónicas con un grado de discapacidad que requieren, producto de su secuela y su gran dependencia asistencia de tercera persona (ATP). La atención se brinda en el propio domicilio.

Ventajas y desventajas

De lo investigado bibliográficamente y en las entrevistas realizadas a los integrantes del equipo de admisión de INAREPS y profesionales del Hospital privado de comunidad, detallamos las siguientes ventajas y desventajas de la Atención Domiciliaria:

Para el Paciente:

Favorece el contacto con sus familiares y sus objetos significativos, evitando también el desarraigo.

Brinda la posibilidad de desarrollar ciertas capacidades residuales.

Posibilita la contención familiar.

Evita la posibilidad de contraer infecciones intra-hospitalarias.

Disminuye la dependencia del grupo familiar y del paciente hacia el hospital.

Personaliza la atención del paciente.

Estrecha el vínculo con el equipo de salud- paciente logrando una mayor continencia emocional.

Para la familia:

Facilita el cuidado del paciente

Posibilita el aprendizaje de la familia hacia el cuidado del paciente, fomentando la educación sanitaria, cuidados, controles, previniendo factores de riesgo.

Optimiza tiempos y costos (traslado del hospital, gastos extras por esta fuera del hogar, etc.).

Reduce el costo sombra relacionado a los insumos que los miembros no proveen al interior del sistema familiar.

El hogar fomenta un espacio terapéutico, familia paciente, están en contacto con su nueva realidad donde se hace necesario desarrollar diferentes estrategias para su asimilación y aceptación.

Para el equipo de salud

Creación de un nuevo espacio de atención.

Ampliación de la concepción sobre el tratamiento de rehabilitación.

Estrecha la relación entre los actores sociales intervinientes equipo de salud-paciente-familia.

Trabajar desde la realidad “pura” concreta, de forma más operativa y objetiva.

Para la institución

Promueve un nuevo estilo de atención en rehabilitación dentro de la esfera pública.

Disminuye la demanda rechazada.

Reduce costos directos en lo referido alimentación, hotelería y el tiempo de estadía, costos indirectos, como consecuencia de erogaciones extras.

Racionaliza los recursos.

Potencia redes inter-extra institucionales.

Posibilita un giro cama mayor.

Desventajas:

Dificultad para cubrir el posible exceso de demanda.

Financiamiento escaso del sector.

Utilización errónea de la modalidad de AD como forma asistencial y no como herramienta de salud.

Falta de disponibilidad horaria.

Peligro de claudicación familiar.

Mayor nivel de especialización profesional (desde el punto de vista de la posible falta de recursos y dificultades de acceder a la pertinente capacitación para el abordaje de estos pacientes).

El profesional es un huésped, lo que dificulta la toma de decisiones

OBJETIVOS

General:

Conformar un equipo interdisciplinario que intervenga desde esta modalidad de atención, con el propósito de mejorar la calidad de vida de pacientes de máxima dependencia que requieren ATP y de su grupo familiar.

Específicos:

- > Detectar e incluir a la población beneficiaria.
- > Disminuir la demanda rechazada.
- > Conformar un equipo interdisciplinario.
- > Conocer las causas de ingreso y los diagnósticos principales.
- > Establecer criterios de inclusión y egreso.
- > Promover auto cuidado y soporte afectivo evitando sobrecarga del cuidador.
- > Orientar al familiar o cuidador.
- > Racionalizar los recursos institucionales.

Dependencia

El servicio de Atención Domiciliaria debe estar incluido dentro del organigrama de la institución y depender de la dirección.

Área geográfica de atención

Ciudad de Mar del Plata y zonas aledañas cubriendo un isócrono de 30 minutos desde la institución al domicilio.

Criterios de inclusión

La evaluación para el ingreso del paciente debe ser realizada por todos los integrantes del equipo. Por tal motivo consideramos importante el diseño conjunto de protocolos para la incorporación del paciente.

Como criterios básicos comunes podrían ser los siguientes:

- Paciente evaluado con grado III de dependencia.
- Paciente que no cumpla con los criterios de inclusión para internación hospitalaria.
- Domicilio comprendido dentro del área geográfica de atención
- Condiciones habitacionales que posibiliten los cuidados que requiere el paciente, en referencia a la capacidad de dar sostén material, afectivo.
- Presencia de un cuidador formal o/y informal que sepa responder a las necesidades del paciente.

El Servicio Social debe evaluar:

- > Condiciones socio-familiares. Contención y/o disfunción para el ingreso del paciente
- > Identificar al cuidador principal, evaluar condiciones, capacidad de adaptación y aprendizaje. Observar el grado de compromiso real con el paciente y posibilidades reales de atención (mecanismos de ayuda y pautas de comunicación).
- > Observar hábitat en función de prevenir y medir riesgo.
- > Recursos económicos que permitan cubrir necesidades básicas
- > Derivar al paciente de ser necesario a un lugar adecuado para recibir los cuidados que requiere, en caso de mala atención y/o abandono.

Modalidad de Ingreso

- Derivación de otros hospitales.
- Derivación de internación de Hospital base.
- Derivación de Consultorio externo
- Demanda espontánea de familiares.

Cada miembro del equipo debe programar sus visitas domiciliarias, quedando registrado en la Historia Clínica.

RECURSOS HUMANOS

Equipo Interdisciplinario:

En la Atención Domiciliaria, el equipo interdisciplinario es fundamental. Cada miembro integrante tendrá su especificidad, ofrece la diversidad y la formación conjunta, para la construcción de un enfoque común y el abordaje del marco hipotético del problema que configuran la característica de esta problemática a fin de conseguir singularizarla y lograr una mejor calidad de vida del paciente y su familiar.

Los profesionales trabajan en pos de una metodología común, compartiendo un proyecto de asistencia de acuerdo a los objetivos planteados. La identidad del equipo sobrepasa la identidad profesional individual. El objetivo final, es lograr abordar una misma situación a través de miradas propias de cada disciplina para brindar un mejor servicio.

Las disciplinas que lo constituyen son las siguientes:

- Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- Terapeuta Física.
- Terapeuta Ocupacional.
- Fonaudiología.
- Trabajo Social.
- Enfermería y auxiliar de enfermería.

Modulo horario de cada integrante:

Es necesario que cada miembro integrante del equipo cumpla con 40 horas semanales en la institución como en terreno.

La franja horaria será dividida en dos turnos mañana de 9hs a 13hs y turno tarde desde las 14hs a 17hs.

Las visitas en domicilio duraran un tiempo aproximado a 30 minutos y su extensión quedara sujeta a demanda.

Funciones del Equipo integrante

Este trabajo final asumió la modalidad de investigación-acción se avanza en el trabajo de campo y se retoman aspectos prácticos que son retroalimentados teóricamente, se focaliza el objeto- sujeto de intervención, se realiza un consenso de las autoras con el grupo de profesionales sensibilizados que se constituyeron en equipo para el abordaje de la temática, dando marco a una planificación estratégica.

A continuación se explicitan las funciones de cada especialidad:

Para el tratamiento de la especificidad del Trabajo Social en Atención Domiciliaria elaboramos una propuesta organizando su contenido en los siguientes aspectos:

- Finalidad de la intervención en la dimensión individual familiar.
- Aspectos de conocimiento que permiten orientar la evaluación preliminar y operativa.
- Intervención dirigida al tratamiento.

a) Trabajador Social

El TS, junto a otros profesionales que integran el equipo, aborda al paciente y su grupo familiar, con sus propias características. Interviene para conocer, orientar y movilizar los recursos que permiten definir alternativas de vida dignas. Para ello identifica el problema, analiza la situación y elabora un proceso de intervención que le permite plantear soluciones tendientes a dar respuestas a las necesidades, a fin de preservar entre otras, el equilibrio familiar que producto de la irrupción de una enfermedad produce una ruptura en el equilibrio y en la estructura personal-familiar que modifica su proceso vital.

El paciente crónico de máxima dependencia para seguir cumpliendo su rol social requiere de personas significativas para él, que lo contengan.

En general pueden expresar sentimiento relacionados a la pérdida de su status social al enfrentarse también con sus propios prejuicios y discriminaciones que su discapacidad, en ciertas circunstancias provoca. Es relevante identificar si algunos de los sentimientos

corresponden a características personales previas, ahora potenciadas, ya que permite trabajar desde otro esquema.

La familia debe comprender y diferenciar las implicancias físicas, psicológicas y sociales, para organizar una estructura de soporte social continente.

Como grupo primario, a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos produce que los factores que influyen en un miembro afecten a los demás; es entonces cuando los mecanismos físicos psicológicos de soporte son mutuamente afectados, principalmente al tratarse de cuidados prolongados producto una enfermedad crónica discapacitante.

La intervención se focaliza en promover contextos capaces de generar formas de organización que ayuden a superar situaciones críticas en el asesoramiento y orientación respecto a la valoración y gestión racional de recursos intra y extra institucionales.

En la intervención se trabaja sobre la dinámica familiar y el núcleo de pertenencia, para promover una organización acorde con la situación emergente. Así también la intervención profesional esta orientada a contribuir al logro de los objetivos del equipo interdisciplinario participando en el proceso de tratamiento, a través del desarrollo de las potencialidades del paciente, la familia y su red de pertenencia utilizando la educación como principal herramienta de trabajo y seleccionando en forma adecuada las técnicas de intervención sobre la base de procedimientos propios de investigación social, la planificación y la administración en Trabajo Social.

La tarea dentro del servicio, es visualizar la red social de apoyo y que soporte pueden brindar sus miembros y detectar el cuidador principal, responsable de los cuidados y trabajar para evitar la sobrecarga y/o claudicación, para no comprometer la salud física ni psíquica del familiar y el paciente. Es necesario conocer la calidad previa de la relaciones familiares y la manifiesta durante en proceso de enfermedad, ya que el cuidado brindado será distinto de acuerdo a los vínculos pre- establecidos.

La familia lograra estabilidad cuando soporta las dificultades que implica el cambio y se muestra flexible a seguir cambiando de acuerdo a situaciones que se presenten.

Aspectos de conocimiento que permite definir la intervención del TS

Acerca del Paciente

- Información que tiene sobre su discapacidad y su situación de dependencia.
- Sentimientos que le provoca.
- Visión sobre su imagen física.
- Compromiso en su proceso de rehabilitación.
- Permeabilidad a la aceptación de nuevos roles y pérdida de otros.
- Observación de posibilidades de cambios
- Dependencia con el equipo profesional

Acerca de la Familia

- Observar soporte familiar con el que cuenta el paciente.
- Efectos que provoca la cronicidad del paciente.
- Capacidad de aprendizaje de quien lo asiste para satisfacer necesidades físicas, materiales y emocionales.
- Grado de compromiso real con el enfermo.
- Posibilidades reales de atención.
- Recursos económicos que permiten abastecer necesidades básicas.
- Sentimientos que le produce el familiar enfermo.
- Visualizar cual es el nuevo rol que ocupa el paciente.

Intervención del TS dirigida al tratamiento

Respecto al Paciente

- Emplear al máximo la capacidad residual y/o mantenimiento.
- Trabajar sobre la aceptación y comprensión de su dependencia hacia los demás.
- Buscar roles funcionales distintos configurando un aprendizaje permanente.
- Insertar al paciente en la cotidianidad de su hogar y su medio social.
- Explorar y usar recursos desconocidos hasta ahora por el paciente, pero existentes potencialmente.
- Estimular sus progresos.
- Informar y orientar sobre recursos disponibles.

Respecto a la Familia

- Permitirles manifestar emociones que les provoca la atención del paciente, sin sentimiento de culpabilidad.
- Ofrecer distintas alternativas de atención que permite distender la situación.
- Contribuir a fortalecer el mayor grado de independencia familiar a personalidades sobreprotectoras.
- Concientizar grado de responsabilidad familiar frente a los cuidados en quienes no asumen el compromiso, por distintas causas.
- Valorar y estimular niveles óptimos de atención.
- Aconsejar internaciones geriátricas en caso de probada mala atención y /o abandono.
- Asesorar acerca de recurso y derechos a su solicitud.
- Limitar exigencias institucionales cuando surjan por ansiedad o incapacidad familiar.
- Informar sobre necesidades de estímulos y cambios propicios del espacio que ocupa el paciente para que obtenga mayor contacto con la cotidianeidad.

La intervención del TS en el servicio de Atención Domiciliaria, esta dirigida a emplear al máximo la capacidad residual del paciente, aceptar los límites que la discapacidad le impone, redescubrir posibilidades nuevas por el desplazamiento de roles y ofrecer nuevas alternativas de organización que permitan a su red de soporte hacerse cargo de la atención al menor costo emocional posible.

En rasgos generales, se explicitan algunas funciones del resto del equipo interdisciplinario las mismas fueron diseñadas para el desarrollo de su intervención dentro de la institución, sin detallar su especificidad e incumbencia en Atención Domiciliaria.

b) Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Es su función diagnosticar la enfermedad, el déficit, la discapacidad y establecer objetivos terapéuticos y un pronóstico funcional.

Coordinar y orientar el plan terapéutico.

Indicar y supervisar tratamiento farmacológico y prescripción de prótesis, ortesis y ayudas técnicas.

Valorar las contraindicaciones y precauciones en cada caso clínico.

Definir, la existencia de secuelas y su clasificación en transitorias, parciales o permanentes.

Determinar el grado de invalidez.

Realizar el seguimiento del proceso terapéutico y dar indicaciones al alta.

c) Terapia Física

Es su función confeccionar el programa de entrenamiento y prevención específico de discapacitados a través de ejercicios terapéuticos y de educación sanitaria.

Planificar el entrenamiento pre-protésico y protésico de pacientes con amputaciones.

Evaluar biomecánica y entrenamiento para el uso de equipamiento ortésico y la posibilidad de su uso.

Dar instrucciones a pacientes y sus cuidadores tendientes al logro de su independencia.

Dar instrucciones para el cuidado de sí mismo y ejercicios para el hogar.

d) Terapeuta ocupacional

Restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño ocupacional, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad.

Disminuir o corregir patologías, mantener y promover la salud.

Lograr que el paciente alcance el máximo nivel de autonomía e integración en su entorno cotidiano.

e) Fonoaudiología

Prevención, terapéutica y rehabilitación de trastornos de la voz, la audición y el lenguaje, cuyas causas son disfunciones o enfermedades que impiden, perturban o discapacitan el desarrollo de las funciones tanto de la vida vegetativa como de la vida de relación para la comunicación humana, el aprendizaje y el trabajo, dando como consecuencia discapacidades invalidantes en mayor o menor grado.

f) Enfermería

Participa en el equipo interdisciplinario con el diseño y ejecución de planes de asistencia y educación propios, para cada caso en particular, y capacita a los cuidadores sobre las estrategias básicas para la correcta alimentación, hidratación, higiene, cambios posturales, cuidados de emuntorios, administración de medicamentos y otros.

PROTOCOLOS DE INTERVENCION

Se trata de la generación de instrumentos que aporten a visualizar la intencionalidad y direccionalidad de la intervención.

Los mismos definen las dimensiones para recolección adecuada y suficiente de la información y la evaluación del paciente.

ESTADISTICAS

Nos referimos aquí a la sistematización adecuada de la demanda, origen, tipo, cantidad, variación, variables relacionadas; muy importante por cierto para evaluar entre otros aspectos:

- 1) El impacto del proyecto a fin de definir los ajustes necesarios.
- 2) La capacidad de la respuesta a fin de justificar el incremento de recurso humano en caso que fuere necesario.

RECURSOS ESPECIFICOS PARA EL SERVICIO

Recurso Humano no profesional

- Chofer

Recursos materiales:

- Móvil apto para el traslado del equipo.
- Instrumentos terapéuticos y de asistencia.
- Cámara de fotos y filmadora para registros.
- Teléfono celular e intercomunicadores en el móvil.
- Infraestructura y equipamiento.
- Espacio físico.

Criterios de Alta

- > Patología, que la familia a través del adiestramiento ha aprendido a manejar.
- > Ingreso al INAREPS, para realizar tratamiento de rehabilitación.
- > Decisión personal- familiar de alta.
- > Fallecimiento.

Presupuesto y Financiamiento:

El proyecto debe ser financiado principalmente por el Ministerio de Salud y Ambiente de la nación; también puede ser solventado por empresas u organismos privados interesados en su implementación.

EVALUACION

“Consiste en medir el camino recorrido, en evaluar los cambios, que se produjeron en la situación entre el comienzo y el final de la intervención. La evaluación puede ser parcial en el transcurso de la intervención con el fin de hacer un balance y reajustar, eventualmente los objetivos de trabajo o final cuando se trata de finalizar la intervención” (24)

La evaluación dentro del contexto metodológico en un proceso continuo, aparece desde la formulación del problema, durante el proceso de acción y al finalizar períodos determinados. Además, entendida como fase de un proceso de intervención permite obtener un aprendizaje empírico para mejorar las actividades que se van desarrollando. Por lo tanto deben desprender nuevas acciones y proyectos a fines.

En el proceso de evaluación se debe evaluar los siguientes indicadores:

La mediación de los logros obtenidos que demuestren efectividad, en cuanto a la población objeto de atención.

Los impactos provocados, mediante encuesta de satisfacción del usuario-grupo familiar.

La calidad de prestación del servicio.

La competencia profesional.

(24) De Robertis Cristina. “Metodología de la intervención en Trabajo Social “. ED El ateneo, Barcelona, 1992

Consideraciones Finales

Consideraciones finales

Al pensar en salud como derecho reflexionamos: ¿si los derechos se restringen cada vez mas no lo esta haciendo también nuestra propia libertad y con ella la calidad de vida?...

Intervenir desde el binomio cronicidad-dependencia significa reconocer el impacto que genera no solo en escalas macro micro y que se manifiestan con mayor relevancia en lo político, económico y social también implica comprender que esta problemática compleja debería resolverse desde una mirada holística.

Por lo expuesto se sugiere a los profesionales continuar trabajando de manera interdisciplinaria y generar los protocolos propios y comunes para su intervención en Atención Domiciliaria, porque creemos que el abordaje de la presente temática requiere conocer aspectos claves donde el aporte de cada disciplina es ineludible.

El contexto institucional debe estimular la planificación como principal herramienta de trabajo que permite tener una visión prospectiva frente a los acontecimientos y así lograr una gestión de calidad. Entonces el soporte y contención son factores a tener en cuenta en varios niveles de atención tanto para el equipo, el paciente, su familia, la institución y la comunidad de ser necesarios.

Consideramos que Atención Domiciliaria es una alternativa a esta demanda potencial en aumento aunque cubra ciertos aspectos de esta problemática, implica el comienzo de una nueva posibilidad de acción y conocimiento en rehabilitación.

La viabilidad de un proyecto se construye buscando espacios de consensos y algunos acuerdos, es un desafío en un marco democrático pero fundamentalmente será lograda cuando cumpla el objetivo para el cual fue creado “mejorar la calidad de vida de quienes poseen gran dependencia y precisan ayuda de tercera persona” esta meta orienta nuestro esfuerzo y marca una tendencia.

Sabemos que una concepción de salud ligada al concepto de calidad de vida no depende solamente de un campo, de una modalidad de atención, de un grupo de profesionales, sino de decisiones políticas y económicas a micro y macro nivel. No obstante un conjunto de profesionales de diferentes disciplinas comprometidos con dicha meta tiene una responsabilidad que le es propia. En tal sentido consideramos una

meta simultánea que es el pasaje del grupo o la asociación a la constitución de equipo interdisciplinario. Y esto supone, entre otros elementos:

-conocimiento de la característica de la problemática en los aspectos biopsicosociales, jurídicos, políticos a fin de construir un marco referencial común.

-claridad respecto de los fines, métodos, objeto y modo de relación con el mismo en la disciplina de referencia de cada participante.

-conciencia ético político.

-capacidad metodológica.

-habilidad para diferenciar los niveles epistemológicos, teórico-metodológicos, procedimental-operativos y ético-políticos.

Y a la hora de debatir respecto de la **capacidad metodológica** queremos señalar la importancia de respetar la **congruencia metodológica**. Nos referimos, definición de acciones derivada de estrategias, el diseño de estrategias derivadas del diagnóstico y la elaboración del diagnóstico a partir de una suficiente y adecuada investigación. Por otro lado entendemos que la técnica debe estar al servicio de la persona, por lo que una aplicación acrítica de modelos atenta contra la particularización de la situación y el respeto del sujeto. En tal sentido la técnica debe estar incluida en un modelo a seguir, y este estar referenciado en una teoría que a su vez se asienta en determinadas premisas epistemológicas. Así mismo deseamos rescatar la **importancia de la sistematización de la intervención y del registro**. El registro de la intervención es fundamental al hablar de constitución de equipo interdisciplinario. Si bien la reunión está reconocida como estrategia fundamental para este tipo de trabajo, la interconsulta escrita, y la auditoría de historia clínica son estrategias formales de comunicación, en tal sentido valoramos el registro ya que en sí mismo hace explícita la intencionalidad, direccionalidad y especificidad de la intervención.

Respecto de la sistematización ponemos el énfasis en la utilización de escalas y otros instrumentos de estudio.

A través del análisis de antecedentes se observó que existen diferentes escalas y varemos de medición, si bien nuestra incumbencia no permite establecer con exactitud el grado de validez del **Índice De Medida Funcional (FIM)**, puede ser un aporte alternativo y complementario al **índice de Barthel** a fin de realizar una evaluación global del paciente, aspecto que el equipo interdisciplinario puede discutir constructivamente.

Como trabajadores sociales el modelo de redes nos aporta instrumentos eficaces tales como el **Mapa de red Sociofamiliar (Carlos Sluski)** que, a través de un grafico circular sectorizado, consiste en un esquema tipo torta que permite visualizar el tipo los atributos de la red sociofamiliar. Tanto en su estructura -personas y ámbitos en los que despliega su proyecto vital- como en las formas de vincularse con la que cuenta el paciente, los vínculos y lazos que existen o fueron debilitados entre sus miembros, distancia -proximidad afectiva y comunicación intersectorial. O la **grilla de soporte (Ch. Brodeur)** que permite identificar los tipos de sostén - informativo, afectivo, emocional, económico y social **que brindan** y material- y las personas que lo brindan, atributos de la red., los distintos ámbitos en los cuales la persona participa respecto a su integración social y sus proyectos, a fin de comprender su historia biográfica. Y poder especificar que queremos decir a la hora de hablar de contención adecuada o inadecuada y explicitar en que aspectos resulta suficiente o insuficiente.

Se expone a continuación perspectivas que se pueden continuar trabajando:

- Capacitación de cuidadores formales formados por los agentes integrantes del equipo de rehabilitación.
- Lograr que este proyecto pase a ser un servicio institucional, con personal y recursos propios solventándose con el presupuesto que provee el Ministerio de Salud y Ambiente.
- Optimizar este modelo de gestión para el fortalecimiento institucional, y de los agentes implicados en el mismo.
- Crear un espacio de intercambio formal entre instituciones regionales, nacionales, internacionales, para optimizar el servicio.
- Capacitar a futuros equipos como agentes multiplicadores.

- Implementar diferentes escalas de valoración.
- Coordinar y articular recursos con el INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA INDUSTRIAL (INTI) a fin de lograr la equiparación de oportunidades en el acceso a la tecnología adecuada.
- Crear un espacio de “grupo de apoyo para familiares”, a través de 4 encuentros semanales con sus objetivos preestablecidos

Bibliografía

- **Amaya Ituarte** en “Manual de practica de Trabajo Social en el campo de la salud”. Mondragón Trigueros
- **De Robertis Cristina**. “Metodología de la intervención en Trabajo Social “. ED El ateneo, Barcelona, 1992.
- **Dell Anno A y Colaboradores**: Discapacidad y Tercer Sector
- **Dell Anno A y Colaboradores**: Alternativas de la diversidad social: Personas con discapacidad. EDM Espacio 2004.
- **Dr. José Orozco y colaboradores**. “Dirección hospitalaria en rehabilitación”: INAREPS. Mar del Plata. Bs. As. 2003
- **Epele M Eugenia**: “La salud en Argentina”. Publicación colegio de Asistente Sociales y /o Trabajadores Sociales”. Mayo 2001.
- **Federación Internacional de Trabajo Social**. www.ifsw.org
- **Gálvez Vargas R, Sierra A, Sáenz González, Piedrota Gil**. “La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud publica”. Medicina preventiva y salud publica. 10. ED Barcelona Masson 2001.
- **Gonzáles Miguel Querejeta**. “Discapacidad y dependencia. Unificación de criterios y clasificaciones”. ED Imsero 2005
- **Kisnerman Natalio**. “Pensar en Trabajo Social”.ED. Lumen. Bs. As. Arg 1996
- **Kreiman M y Pascual V**. “intervención en Salud: ¿Asistencia o construcción de ciudadanía? Universidad Nacional de MDP. Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social. 2004
- **Martínez Rodolfo**. Coordinados del comité del MERCOSUR. www.ts.ucr.ar.cr
- **Ministerio de Salud y medio Ambiente**. Postgrado en Salud Social y comunitaria. Modulo 1Sauld y Sociedad. 2005
- **Patalano Liliana**: “La discapacidad como problema Social”. Un enfoque sociológico; reflexiones y propuestas. ED. EUDEBA. 1999.
- **Rozas Pagaza, Margarita**. Una perspectiva teórica metodología de la intervención en Trabajo Social”.ED espacio. Bs. As, 1998.

- **Tesis de grado**
- **Paginas de Internet**

www.wikipedia.org

www.monografia.com (**Atención Domiciliaria Integral**)

Anexo

Índice de Zarit

Permite evaluar los efectos emocionales adversos vividos por el cuidador al incluir en su rutina diaria el cuidado del paciente.

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Item	Preguntas a realizar	Puntos
1	Siente que su familiar depende de usted y/o solicita mas ayuda de la que realmente necesita	
2	Piensa que debido al tiempo que le dedica ya no dispone de tiempo suficiente para usted	
3	Se siente tenso o agotado cuando tiene que asistir a su familiar y a su vez cumplir con otras responsabilidades	
4	Se siente incomodo para invitar amigos a su casa, a causa de él/ella.	
5	Siente vergüenza por su conducta	
6	Han cambiado sus relaciones con otros familiares y/o amigos de manera negativa	
7	Siente temor por el futuro que le espera a su familia	
8	Siente que su salud se resintio por el cuidado del familiar	
9	Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar ademas de sus otros gastos	
10	Siente que seá incapaz de cuidarlo por mucho mas tiempo	
11	Desearia poder emcargar el cuidado de él o ella a otras personas.	
12	Se siente inseguro a cerca de lo que debe hacer con su familiar	
13	Siente que podría hacer mas de lo que hace por su familiar	
14	Piensa que podría tratar mejor a su familiar.	
15	Se siente irritado cuando esta cerca de su familiar	
16	Considera que no tiene la vida privada que desearia debido a su familiar	
17	Siente que perdio el control sobre su vida desde que la enfermedad se manifestó.	
18	En general se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar	

Nunca 0
Casi nunca 1
A veces 2
Bastantes veces 3
Casi siempre 4

OBSERVACIONES;

Cuestionario de apoyo Social MOS

A través de este cuestionario, que se realiza al paciente, podemos conocer la red familiar y extrafamiliar y medir cuatro dimensiones del apoyo social, confidencial/emocional, instrumental, interacción social positiva y afectiva. Lo cual nos permitirá conocer el apoyo percibido por el paciente. Una vez obtenido los datos, utilizamos el mapa que facilita visualizar las redes que posee el paciente

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que UD dispone.

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene UD? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos.....

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone UD. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?)

Marque con un el numero que corresponda, el indicador que corresponde en cada fila

2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita
6. Alguien que le muestre amor y afecto
7. Alguien con quién pasar un buen rato
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones
10. Alguien que le abrace
11. Alguien con quien pueda relajarse
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo
13. Alguien cuyo consejo realmente desee

14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas

15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo

16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos

17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales

18. Alguien con quién divertirse

19. Alguien que comprenda sus problemas

20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido

Nunca 1

Pocas Veces 2

Algunas veces 3

La mayoría de las veces 4

Siempre 5

Mapa de Red socio- Familiar

Exploración de las redes personales:

Haga un elenco de personas que son importantes en su vida

Antes que nada piense como las personas están agrupadas en su vida, en que ámbitos ellas se encuentran por ejemplo familia, amigos, grupos de ayuda etc.

Para cada ámbito haga un elenco de las personas que son significativas e importantes para Ud., ya sea en sentido positivo o negativo.

Si hay personas que no logra situar en un ámbito determinado puede agregar un sector otros.

Si alguna persona puede ser insertada en más de un ámbito, por ejemplo familia y vecindario, puede insertarla en el sector que le parezca más adecuado.

En una hoja en la cual ya habrá sido dibujado un círculo, Ud. se representara con un pequeño punto en el centro. Divida el círculo en partes; cada una representara un sector.

Identifique cada parte del círculo. Puede representar uno al lado del otro los ámbitos en los cuales las personas se conocen (familia, amigos)

Comenzando por las personas mas intimas para usted, insértelas en un pequeño círculo que contenga sus iniciales. Mas cercano es el circulo al centro, mayor es vuestra estima a esta persona intima o vecina a usted. Mas lejano esta el circulo del centro, menos próximo es el sentimiento.

Haga esto para cada ámbito, luego recomience con las personas un poco menos próximas, hasta que todas las personas mencionadas hayan sido insertadas.

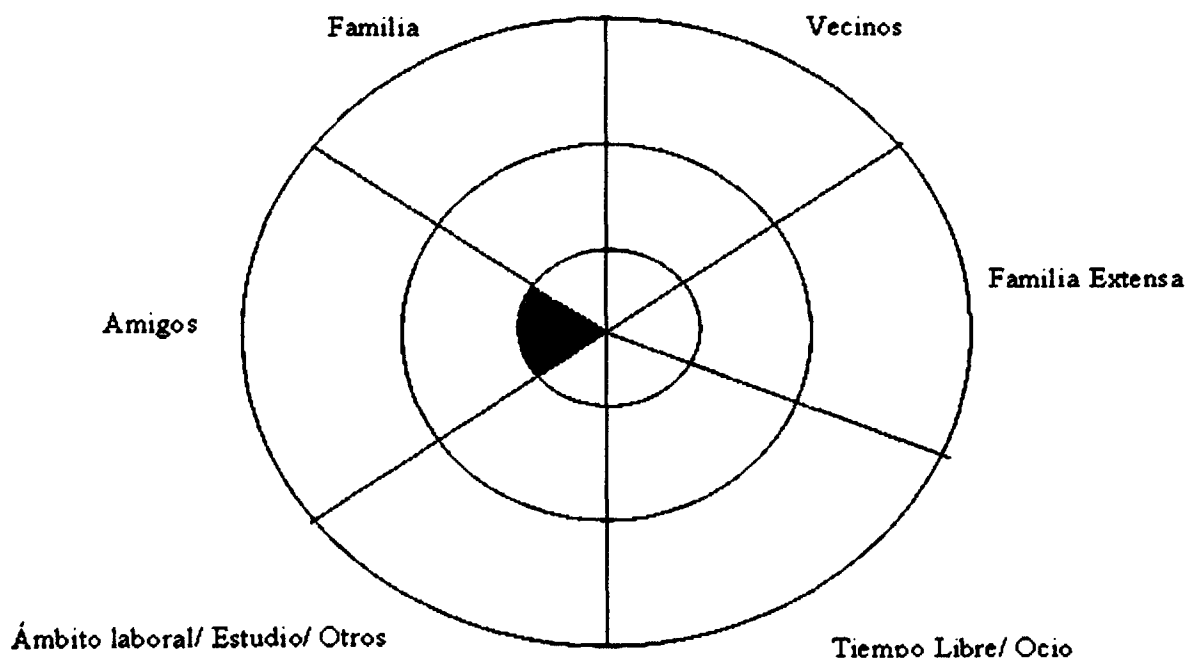
Trace líneas entre las personas de su red que se conocen entre si o sea que se reconocerían si se encontraran en la calle.

Trace estas líneas en el interior de cada ámbito y después entre los diversos sectores.

Únase usted a las personas de su red. Sin embargo si existen personas en su red con las cuales tiene en este momento una relación negativa, únase a ella de una línea de puntos.

Referencias:

- Ego-yo
- Sectores.
- Distancia afectiva.



Legislación Especial

LEGISLACION ESPECIAL

Las leyes 20.475 y 22.431 como las de automotores y otras tienen gran trascendencia en la Integración y Desarrollo de las personas discapacitadas y de la comunidad para con ellos. Por ello hemos transcrito la ley 20.475 y 22.431 en el libro **Dirección Hospitalaria** producido en el I.NA.RE.P.S. (Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del sur).

En cuanto a la ley 20.475 existe una modificación en su artículo 5°. Ley 22.431 art. 14 y art. 25.

LEY 20.475

(Jubilación Ordinaria para Minusválidos)

ART. 1°: Considéranse minusválidos a los efectos de esta Ley, aquellas personas cuya invalidez física o intelectual, certificada por autoridad sanitaria oficial, produzca en la capacidad laborativa una disminución mayor del 33 %.

ART. 2°: Los minusválidos, afiliados al régimen nacional de previsión tendrán derecho a la jubilación ordinaria con 20 años de servicios y 45 años de edad, cuando se hayan desempeñado en relación de dependencia, o 50 años como trabajador autónomo, siempre que acrediten fehacientemente, que durante los 10 años inmediatamente anteriores al cese o a la solicitud de beneficio prestaron servicios en el estado de disminución física o p'síquica prevista en el artículo 1°.

ART. 3°: Los minusválidos tendrán derecho a la jubilación por invalidez en los términos de las leyes 18.037 y 18.038 cuando se incapaciten para realizar aquellas actividades que su capacidad inicial restante les permitía desempeñar.

ART. 4°: Los jubilados por invalidez que hubieran reingresado a la actividad en relación de dependencia y hubieran denunciado dicho reingreso a la autoridad administrativa computación a Rentas Generales, a cuyo efecto el Poder capacidad que originó el beneficio a reajustar el haber de su prestación mediante el cómputo de las nuevas actividades, siempre que éstas alcanzaren a un período mínimo de tres años.

ART. 5° : Por cada año de servicios con aporte que exceda de veinte el haber se bonificará con el 1 % de promedio indicado en los art. 45 inciso a) de la ley 18.037 y 33 inciso a) de la ley 18.038.

ART.: 6°: Las disposiciones de las leyes 18.037 y 18.038 se aplicarán supletoriamente en cuanto no se opongan a la presente.

ART.: 7°: De forma

SANCIONADA: Año 1973.

LEY 22.431, Modificada por las Leyes 24.308, 24.147 y 24.314

TITULO I
Normas Generales

CAPITULO I
Objetivo, concepto y calificación de la discapacidad

ART.1º: Institúyese por la presente Ley, un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.

ART 2º: A los efectos de esta Ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

ART 3º: La Secretaría de Estado de Salud Pública certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicha Secretaría de Estado indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, que tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar.

El certificado que se expida acreditará plenamente la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el art. 19 de la presente Ley.

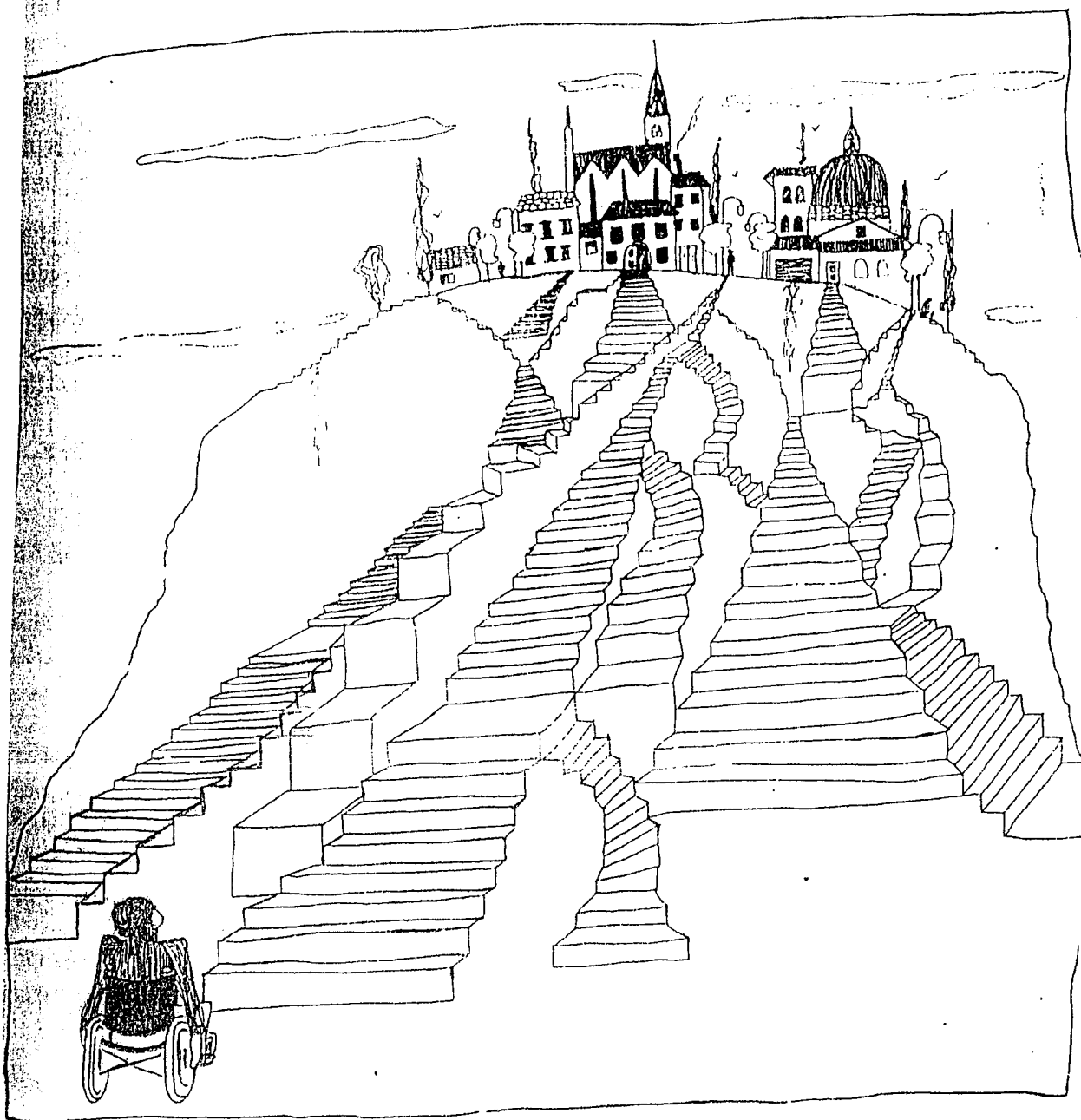
CAPITULO II
SERVICIOS DE ASISTENCIA, PREVENCIÓN ORGANO RECTOR

ART. 4º: El Estado, a través de sus organismos dependientes, prestará a los discapacitados, en la medida en que éstos, las personas de quienes dependan, o los entes de obra social a los que estén afiliados, no puedan afrontarlos, los siguientes servicios:

- a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada.
- b) Formación laboral o profesional.
- c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual.

REHABILITACION COMO FILOSOFIA

ES LA FORMA DE VER Y SENTIR AL DISCAPACITADO.



d) Regímenes diferenciales de seguridad social.

e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios provistos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común.

f) Orientación o promoción individual, familiar y social.

ART 5º: Asignase al Ministerio de Bienestar Social de la nación las siguientes funciones:

a) Actuar de oficio para lograr el pleno cumplimiento de las medidas establecidas en la presente Ley.

b) Reunir toda la información sobre problemas y situaciones que plantea la discapacidad.

c) Desarrollar planes estatales en la materia y dirigir la investigación en el área de la discapacidad.

d) Prestar asistencia técnica y financiera a las provincias.

e) Realizar estadísticas que no lleven a cabo otros organismos estatales.

f) Apoyar y coordinar la actividad de las entidades privadas sin fines de lucro que orienten sus acciones en favor de las personas discapacitadas.

g) Proponer medidas adicionales a las establecidas en la presente Ley, que tiendan a mejorar la situación de las personas discapacitadas, y a prevenir las discapacidades y sus consecuencias.

h) Estimular a través de los medios de comunicación el uso efectivo de los recursos y servicios existentes, así como propender al desarrollo del sentido de solidaridad social en esta materia.

TITULO II NORMAS ESPECIALES

CAPITULO I SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

ART. 6º: El Ministerio de Bienestar Social de la Nación y la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires pondrán en ejecución programas a través de los cuales se habiliten, en los hospitales de sus jurisdicciones, de acuerdo a su grado de complejidad y al ámbito territorial a cubrir, servicios especiales destinados a las personas discapacitadas. Promoverán también la creación de talleres protegidos terapéuticos y tendrán a su cargo su habilitación, registro y supervisión.

ART. 7º: El Ministerio de Bienestar Social de la Nación apoyará la creación de hogares con internación total o parcial para personas discapacitadas cuya atención sea dificultosa a través del grupo familiar, reservándose en todos los casos la facultad de reglamentar y fiscalizar su funcionamiento. Serán tenidas especialmente en cuenta, para prestar ese apoyo, las actividades de las entidades privadas sin fines de lucro.

CAPITULO II TRABAJO Y EDUCACION

ART. 8º: El Estado Nacional, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, están obligados a ocupar personas discapacitadas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al CUATRO por ciento (4 %) de la totalidad de su personal.

ART. 9º: El desempeño de determinada tarea por parte de personas discapacitadas deberá ser autorizado y fiscalizado por el Ministerio de Trabajo teniendo en cuenta la indicación efectuada por la Secretaría de Estado de Salud Pública, dispuesta en el art. 3º. Dicho Ministerio fiscalizará además lo dispuesto en el art. 8º.

ART. 10º: Las personas discapacitadas que se desempeñen en los entes indicados en el art. 8º, gozarán de los mismos derechos y estarán sujetas a las mismas obligaciones que la legislación aplicable prevé para el trabajador normal.

ART. 11º: (Según Ley 24.308) 1º - El Estado Nacional, los entes descentralizados y autárquicos, las empresas mixtas y del Estado y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, están obligados a otorgar en concesión a personas con discapacidad, espacios para pequeños comercios en toda sede administrativa.

Se incorporarán a este régimen las empresas privadas que brinden servicios públicos.

Será nula de nulidad absoluta la concesión adjudicada sin respetar la obligatoriedad establecida en el presente artículo.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de oficio o a petición de parte, requerirá la revocación por ilegítima, de tal concesión.

2º - Mantiénesse la vigencia de las concesiones otorgadas a personas discapacitadas en virtud de la Ley 13.926, el Decreto 11.703/61, la Ley 22.431 y los Decretos 498/83 y 140/85.

Las normas municipales sobre la materia o actos administrativos se ajustarán a los términos de la presente Ley.

3º - Establécese prioridad para los ciegos y/o disminuidos visuales en el otorgamiento de concesiones de uso para la instalación de pequeños comercios en las reparticiones públicas y dependencias privadas que cumplen un servicio público.

4° - Si por cambio de edificio o desplazamiento de personal se produjera una mengua en la actividad comercial que provoque menoscabo en la productividad, el concesionario podrá pedir al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, su reubicación en otra dependencia.

Esta cuestión deberá resolverse en el plazo máximo de noventa (90) días.

6° - El concesionario deberá abonar los servicios que usare, y un canon que será establecido en relación al monto de lo pagado por los servicios.

7° - En todos los casos el concesionario mantiene la propiedad de las obras que haya realizado para la instalación del comercio.

8° - El comercio debe ser ubicado en lugar visible, de fácil acceso para el personal que trabaje en la repartición y para los concurrentes al establecimiento. El espacio para la instalación del comercio debe ser lo suficientemente amplio para desarrollar con comodidad la actividad.

9° - La determinación de los artículos autorizados para la venta deberá ser amplia, para posibilitar así, una mayor productividad económica al concesionario.

10° - El concesionario deberá cumplir las disposiciones vigentes en materia de higiene, seguridad, horarios y demás normas de atención que se establezcan en el respectivo acto de concesión.

11° - El responsable de la repartición no permitirá la venta de productos por parte de personas ajenas a la concesión que pueden ser expendidos por el concesionario. El incumplimiento de lo prescrito determinará para el funcionario la responsabilidad establecida en el art. 1112 del Código Civil.

12° - El funcionario que disponga el desplazamiento arbitrario de un concesionario discapacitado será responsable frente al damnificado, de conformidad con lo dispuesto en el art. 1112 del Código Civil.

13° - Las concesiones otorgadas en virtud de la presente se extinguen:

a) por renuncia del concesionario;

b) por muerte del mismo;

c) por caducidad en virtud del incumplimiento de obligaciones inherentes a la concesión.

14° - En caso de muerte del titular, la caducidad no producirá efectos cuando, dentro de los treinta (30) días del fallecimiento solicite hacerse cargo del comercio:

a) El ascendiente, descendiente o cónyuge siempre y cuando se trate de personas discapacitadas.

b) El concubino o concubina discapacitado, que acredite cinco (5) años de convivencia o descendencia común.

c) El cónyuge o concubino progenitor de hijos menores comunes con el titular fallecido siempre que careciere de otra ocupación o empleo. En tal caso podrá continuar la concesión por un plazo máximo de (1) año.

15° - La falta de ejercicio personal de la concesión será sancionada con su caducidad y la de su inscripción en el Registro de Concesionarios.

16° - El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, deberá instrumentar dentro de los noventa (90) días de la vigencia de la presente Ley, un registro tomando razón de los lugares ya adjudicados por los organismos.

Llevará asimismo los siguientes registros:

- a) De concesionarios.
- b) De aspirantes.
- c) De lugares disponibles.

17° - El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, dictará cursos para los aspirantes a instalar pequeños comercios, respecto de sus técnicas de explotación y administración.

18° - Las instituciones bancarias oficiales, podrán arbitrar los medios necesarios a fin de establecer líneas de créditos especiales, para la instalación o ampliación de pequeños comercios dentro de los lugares establecidos por esta Ley.

19° - El Ministerio de Salud y Acción Social, a través de la Dirección de Integración del Discapacitado, podrá otorgar subsidios para la iniciación en la actividad laboral.

ART. 12° - (Según Ley 24.147) 1° - Los Talleres Protegidos de Producción deberán participar regularmente en las operaciones de mercado y tener la finalidad de asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de adaptación laboral y social que requieran sus trabajadores. La estructura y organización de los Talleres Protegidos serán similares a las adoptadas por las empresas ordinarias, sin perjuicio de sus peculiares características y de la función social que ellos cumplan.

Estar organizaciones estarán obligadas a ajustar su gestión a todas las normas y requisitos que afectan a cualquier empresa del sector al que pertenezcan, debiendo además cumplir con los requisitos establecidos en el art. 22 de la Ley 22.431.

CAPITULO I

HABILITACION, REGISTRO, FUNCIONAMIENTO, FINANCIAMIENTO Y SUPERVISION

2° - Los Talleres Protegidos Terapéuticos definidos en el art. 6°, punto 2° del Decreto 498/83, y los centros reconocidos de educación especial que dispongan de aulas o talleres para el aprendizaje profesional de las personas con discapacidad en ellos integradas, en ningún caso tendrán la consideración de Talleres Protegidos de Producción o Grupos Protegidos Laborales.

3° - Los Talleres Protegidos de Producción y los Grupos Laborales Protegidos deberán inscribirse en el registro que habilitará a ese efecto la autoridad del trabajo con jurisdicción en el lugar de su ubicación.

Para que pueda efectuarse la calificación e inscripción deberán cumplirse los siguientes requisitos:

- 1) Acreditar la identidad del titular.
- 2) Justificar mediante el oportuno estudio económico las posibilidades de viabilidad y subsistencia del Taller o Grupo, en orden al cumplimiento de sus fines.
- 3) Constituir su plantel por trabajadores con discapacidad, conforme a lo señalado en el

art. 3° del Decreto 498/83 y normas complementarias, con contrato laboral escrito suscripto con cada uno de ellos y conforme a las leyes vigentes.

4) Contar con personal de apoyo con formación profesional adecuada y limitada en su número en lo esencial.

El organismo antes mencionado será el responsable de las verificaciones que estime pertinente realizar sobre el funcionamiento de los Talleres Protegidos de Producción y Grupos Laborales Protegidos.

4° - Podrán incorporarse como trabajadores de los Talleres Protegidos de Producción o a los Grupos Laborales Protegidos, las personas discapacitadas definidas en el art. 2° de la Ley 22.431 y normas complementarias, previa certificación de acuerdo a lo dispuesto por el art. 3° de la citada Ley u el art. 3° del Decreto Reglamentario 498/83 en orden nacional, y a lo que a ese efecto dispongan las leyes provinciales vigentes.

5° - La financiación de los Talleres Protegidos de Producción y de los Grupos Laborales Protegidos se cubrirá con:

a) Los aportes de los titulares de los propios Talleres y Grupos.

b) Los aportes y/o donaciones de terceros.

c) Los beneficios emergentes de la actividad desarrollada en el propio Taller Protegidos de Producción o grupo Laboral Protegido.

d) Las ayudas que para la creación de los Talleres Protegidos de Producción pueda establecer la autoridad de aplicación conforme a las partidas presupuestarias.

e) Las ayudas de mantenimiento a que puedan acceder como consecuencia de los programas de apoyo al empleo, establecidos por el gobierno nacional, los gobiernos provinciales y las municipalidades.

Las ayudas de los apartados d) y e) se graduarán en función de la rentabilidad económica y social del Taller o del Grupo y para su concesión deberán cumplir las experiencias que los respectivos programas establezcan.

6° - El presupuesto nacional anualmente fijará una partida con la finalidad de incentivar la creación y compensar los desequilibrios de los Talleres Protegidos o Grupos Laborales Protegidos; las erogaciones que demande el cumplimiento de la presente Ley se imputarán anualmente al presupuesto correspondiente a la Jurisdicción 75 - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

7° - Créase la Comisión Permanente de Asesoramiento para la distribución de los fondos provenientes de las partidas presupuestarias con afectación de esta Ley, que se integrará con un representante del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que ejercerá la presidencia del mismo, un representante de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas y un representante de la Federación Argentina de Entidades Pro-atención del Deficiente Mental.

El acceso a estos fondos por parte de los Talleres Protegidos de Producción o Grupos Laborales Protegidos deberá formalizarse en todos los casos por convenios a celebrarse por entre las instituciones requerientes y la autoridad de aplicación con intervención de la Comisión Permanente de Asesoramiento.

8° - Los convenios a que hace referencia el artículo anterior suscriptos entre la autoridad de aplicación y los Talleres Protegidos de Producción y los Grupos Laborales Protegidos exigirán para acreditar su procedencia, que éstos demuestren en forma fehaciente la necesidad de la compensación económica que los motiva a través de la presentación de:

- Reseña explicativa de la actividad que está realizando y de la prevista.
- Presupuesto de ingresos y gastos.
- Cualquier otra documentación que permita apreciar la posible evolución de su situación económica-financiera.

Y cuando se trate de Talleres o Grupos en funcionamiento además:

- Memoria y balance.
- Estado de resultados.

A la vista de dicha documentación, la administración del fondo podrá disponer las verificaciones que estime convenientes sobre la situación real del Taller o Grupo.

9º - Para determinar la cuantía de la compensación se tendrá en cuenta:

- a) La actividad, dimensión y estructura.
- b) La compensación del plantel, con atención especial a la naturaleza y grado de discapacidad de sus componentes, en relación de su capacidad de adaptación al puesto de trabajo que desempeña.
- c) Modalidad y condiciones de los contratos suscritos con los discapacitados con el número, calificación y nivel de remuneración del plantel del personal de apoyo.
- d) Las variables económicas que concurren facilitando obstaculizando las actividades del Taller o Grupo, en relación con su objetivo y función social.
- e) Los servicios de adaptación laboral y social que preste el Taller a sus trabajadores discapacitados.

10º - Cuando los Talleres Protegidos de Producción o Grupo Laborales Protegidos reciban compensaciones de cualquier tipo, de las partidas presupuestarias, estarán obligados a presentar anualmente a la autoridad de aplicación, dentro de los cuatro meses de cerrado el ejercicio, la siguiente documentación, debidamente certificada por Contador Público:

- Memoria
- Balance de situación.
- Proyecto de presupuesto del ejercicio siguiente.

La autoridad de aplicación será responsable del seguimiento de las compensaciones concedidas y de sus efectos sobre la gestión del Taller o Grupo.

11º - Sustitúyese el inciso y) del apartado 3º del art. 56 de la Ley de Contabilidad aprobada por Decreto-Ley 23.354/56 por el siguiente:

Las contrataciones entre reparticiones públicas o en las que tenga participación el Estado y las que éste celebre con los Talleres Protegidos de Producción previstos en el art. 12 de la Ley 22.431.

CAPITULO II

REGIMEN LABORAL ESPECIAL

12º - A los efectos de la relación laboral especial, se consideran trabajadores discapacitados a las personas que, teniendo reconocida una discapacidad superior al treinta y tres por ciento (33 %) y como consecuencia de ello una disminución de su capacidad de trabajo, al menos igual o superior a dicho porcentaje, presten sus servicios dentro de la organización de los Talleres Protegidos de Producción o de

los Grupos Laborales Protegidos, reconocidos y habilitados por la autoridad de trabajo con la jurisdicción en el lugar de su ubicación.

El grado de discapacidad será determinado por las Juntas Médicas a que hacen referencia el art. 3° del Decreto Reglamentario 498/83 y normas complementarias que a ese efecto dispongan las leyes provinciales vigentes.

La habilitación para ejercer una determinada actividad en el seno de un Taller Protegido de Producción o un Grupo Laboral Protegido será concedida de acuerdo a lo establecido en el art. siguiente de esta Ley. A los mismos efectos, se considerará empleador a la persona jurídica responsable para la cual preste servicios el trabajador discapacitado.

13° - Los trabajadores que deseen acceder a un empleo en un Taller Protegido de Producción o en un Grupo Laboral Protegido deberán inscribirse en el organismo de la autoridad de trabajo con jurisdicción en el lugar de su ubicación, el cual emitirá un diagnóstico laboral en razón al tipo y grado de discapacidad, que, a esa fecha, presente el demandante de empleo.

14° - Respecto a la capacidad de contratar, podrán concertar por sí mismos ese tipo de contratos, las personas que tengan plena capacidad de obrar, o las que aun teniendo capacidad de obrar limitada, hubieran obtenido la correspondiente autorización, expresa o tácita, de quien ejerza su representación legal.

15° - El contrato de trabajo se presupone concertado por tiempo indeterminado. No obstante podrán celebrarse contratos de trabajo de duración limitada, cuando la naturaleza de la tarea así lo requiera.

El contrato de trabajo deberá formalizarse por escrito, debiéndose remitir una copia al organismo citado en el art. 13, donde será registrado.

16° - El Taller Protegido de Producción y Grupo Laboral Protegido podrá ofrecer al postulante de empleo un período de adaptación al trabajo cuya duración no podrá exceder de tres meses. Dicha situación, también deberá ser informada a la autoridad de trabajo competente.

17° - La tarea que realizará el trabajador discapacitado en los Talleres Protegidos de Producción o en los Grupos Laborales Protegidos, deberá ser productiva y remunerada, adecuada a las características individuales del trabajador, en orden a favorecer su adaptación laboral y social y facilitar, en su caso, su posterior integración en el mercado de trabajo.

18° - En materia de jornada de trabajo, descanso, feriados, vacaciones, licencias y permisos se estará a lo dispuesto en la Ley de Contrato de Trabajo (t.o. 1976), sin perjuicio de las peculiaridades siguientes:

-En ningún caso se podrán realizar más de ocho horas diarias de trabajo efectivo, ni menos de cuatro horas.

- Se prohíbe la realización de tareas insalubres y/o riesgosas.

- El trabajador previo aviso y justificación podrá ausentarse del trabajo para asistir a tratamientos de rehabilitación-médico-funcionales y para participar en acciones de orientación, formación y readaptación profesional con derecho a remuneración, siempre que tales ausencias no excedan de veinte (20) jornadas anuales.

19° - La remuneración del trabajador será fijada periódicamente por el Ministerio de trabajo y Seguridad Social, cada vez que así lo haga respecto de trabajadores domiciliarios y de servicio doméstico.

20° - En caso de que se utilicen incentivos para estimular el rendimiento del trabajador no podrán establecerse ningún tipo de aquellos que puedan suponer un riesgo para la salud del trabajador o su integridad psicofísica.

21° - Los trabajadores de los Talleres Protegidos de Producción y de los Grupos Laborales Protegidos, estarán comprendidos en la Ley 9.688 y sus modificatorias (Ley 23.645).

Las indemnizaciones que correspondieran por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales se efectivizarán a través del "Fondo de Garantía", quedando incorporado el presente el art. 18, apartado 1°, de la citada Ley.

22° - En todo lo no previsto por el presente régimen especial será de aplicación de Ley de Contrato de Trabajo (t.o. 1976).

CAPITULO III REGIMEN ESPECIAL DE JUBILACIONES Y PENSIONES

23° - Institúyese con alcance nacional al Régimen Especial de Jubilaciones y Pensiones para trabajadores discapacitados que presten servicios en relación de dependencia en Talleres Protegidos de Producción o en Grupos Laborales Protegidos, sin perjuicio de lo establecido por las Leyes 2-.475 y 20.888.

24° - Considérase trabajadores discapacitados a los efectos de esta ley a aquellas personas definidas en el art. 2° de la Ley 22.421 cuya invalidez, certificada con la autoridad sanitaria competente, produzca una disminución inicial del treinta y tres por ciento (33 %) en la capacidad laborativa.

25° - Quedan exceptuados del presente régimen los trabajadores en relación de dependencia, discapacitados y no discapacitados, que no se hallen comprendidos en el régimen laboral especial para Talleres Protegidos y grupos Laborales Protegidos, cuyos servicios resultan necesarios para el desarrollo de la actividad de esos entes.

PRESTACIONES

26° - Establécense las siguientes prestaciones:

- a) Jubilación ordinaria.
- b) Jubilación por invalidez.
- c) Pensión.
- d) Subsidio por sepelio.

27° - Los trabajadores discapacitados afiliados al Régimen Nacional de Previsión tendrán

derecho a la Jubilación ordinaria con 45 años de edad y 20 años de servicios computables de reciprocidad, de los cuales 10 deben ser aportes, siempre que acrediten que durante los 10 años anteriores al cese o a la solicitud del beneficio prestaron servicios en Talleres Protegidos de Producción o en Grupos Laborales Protegidos.

28° - Tendrán derecho a la jubilación por invalidez los afiliados discapacitados cualquiera fuere su edad o antigüedad en el servicio, que durante su desempeño en Talleres Protegidos de Producción o en Grupos Laborales Protegidos, se incapaciten en forma total para realizar aquellas actividades que su capacidad inicial restante le permitía desempeñar.

29° - Los jubilados por invalidez que hubieran reingresado a la actividad en Talleres Protegidos o en Grupos Laborales Protegidos y hubieran denunciado dicho reingreso a la autoridad administrativa competente, tendrán derecho, en la medida que subsista la discapacidad que originó el beneficio, a reajustar el haber de su prestación mediante el cómputo de las nuevas actividades, siempre que éstas alcanzaren a un período de tres años.

30° - En caso de muerte del jubilado o del afiliado en actividad con derechos a jubilación, gozarán de pensión los parientes del causante en las condiciones que terminan los art. 38 al 42, de la Ley 18.037 (t.o. 1976) y sus modificatorias.

31° - La persona discapacitada no perderá el derecho a pensión por su condición de discapacitada que le pueda corresponder según la legislación previsional vigente, aún cuando estuviera percibiendo haberes en un Taller Protegido de Producción o en un Grupo Laboral Protegido.

APORTES Y CONTRIBUCIONES

32° - Los aportes personales serán obligatorios y equivalentes al diez por ciento (10%) de la remuneración que mensualmente perciba el trabajador, determinada de conformidad con las normas de la Ley 18.037 (t.o. 1976).

33° - No estará sujeta al pago de aportes, la asignación que pudiera percibir el postulante al puesto de trabajo durante el período de adaptación y aprendizaje, ni las actividades que se realicen en ese lapso darán derecho a la obtención de alguna de las prestaciones establecidas en el presente régimen.

34° - Los Talleres Protegidos de Producción como las empresas que contraten personal discapacitado en Grupo Laborales Protegidos, estarán obligadas al pago del cincuenta por ciento (50%) de las contribuciones que las leyes nacionales imponen a cargo de los empleadores, en cuanto a los trabajadores comprendidos en el presente régimen.

35° - Los servicios protegidos por los trabajadores discapacitados en los Talleres Protegidos de Producción o en Grupos Laborales Protegidos sujetos a aportes jubilatorios serán computables en los demás regímenes jubilatorios, comprendidos en el sistema de reciprocidad.

36° - Quedan incorporados al presente régimen las disposiciones de la Ley 18.037 (t.o. 1976) y sus modificatorias, en cuanto no se opongan al mismo.

ART. 13° - El Ministerio de Cultura y Educación, tendrá a su cargo:

a) Orientar las derivaciones y controlar los tratamientos de los educandos discapacitados en todos los grados educacionales especiales, oficiales o privados, en cuanto dichas acciones se vinculen con la escolarización de los discapacitados, tendiendo a su integración al sistema educativo.

b) Dictar las normas de ingreso y egreso a establecimientos educacionales para personas discapacitadas, las cuales se extenderán desde la detección de los déficits hasta los casos de discapacidad profunda, aún cuando ésta no encuadre en el régimen de las escuelas de educación especial.

c) Crear centros de evaluación y orientación vocacional para los educandos discapacitados.

d) Coordinar con las autoridades competentes las derivaciones de los educandos discapacitados a tareas competitivas o a talleres protegidos.

e) Formar personal docente y profesionales especializados para todos los grados educacionales de los discapacitados, promoviendo los recursos humanos necesarios para la ejecución de los programas de asistencia docente e investigación en materia de rehabilitación.

CAPITULO III SEGURIDAD SOCIAL

ART. 14°: En materia de seguridad social se aplicarán a las personas discapacitadas las normas generales o especiales previstas en los respectivos regímenes y en las leyes números 20.475 y 20.888.

ART. 15°: Intercálase en el art. 9° de la Ley 22.269, como tercer párrafo, el siguiente:

“Inclúyense dentro del concepto de prestaciones médico-asistenciales básicas, las que requiera la rehabilitación de las personas discapacitadas con el alcance que la reglamentación establezca”.

ART. 16°: Agrégase a la Ley 18.017 (t.o. 1974), como art. 14 bis, el siguiente:

“Art. 14 bis. El monto de las asignaciones por escolaridad primaria, media y superior, y de ayuda escolar, se duplicará cuando el hijo a cargo del trabajador, de cualquier edad, fuere discapacitado y concurriese a establecimiento oficial, o privado controlado por autoridad competente, donde se imparta educación común o especial.

“A los efectos de esta ley, la concurrencia regular del hijo discapacitado a cargo del trabajador, a establecimiento oficial, o privado controlado por autoridad competente, en el que se presten servicios de rehabilitación exclusivamente será considerada como concurrencia regular a establecimiento en que se imparta enseñanza primaria”.

ART 17°: Modificase la ley 18.037 (t.o. 1976) en la forma que a continuación se indica:

1) Agrégase el art. 15, como último párrafo, el siguiente:

“La autoridad de aplicación, previa consulta a los órganos competentes, establecerá el tiempo mínimo de trabajo efectivo anual que debe realizar el afiliado discapacitado para computar un (1) año.

2) Intercálase en el art. 65, como segundo párrafo, el siguiente:

“Percibirá la jubilación por invalidez hasta el importe de la compatibilidad que el Poder Ejecutivo fije de acuerdo con el inciso b) del art. anterior, el beneficiario que reingresare a la actividad en relación de dependencia por haberse rehabilitado profesionalmente. Esta última circunstancia deberá acreditarse mediante certificado expedido por el órgano competente para ello.

ART. 18º: Intercálase en el art. 47 de la Ley 18.038 (t.o. 1980), como segundo párrafo, el siguiente:

“Percibirá la jubilación por invalidez hasta el importe de la compatibilidad que el Poder Ejecutivo fije de acuerdo con el inciso e) del art. anterior, el beneficiario que reingresare a la actividad en relación de dependencia por haberse rehabilitado profesionalmente. Esta última circunstancia deberá acreditarse mediante certificado expedido por el órgano competente para ello”.

ART 19º: En materia de jubilaciones y pensiones, la discapacidad se acreditará con arreglo a lo dispuesto en los art. 33 y 35 de la Ley 18.037 (t.o. 1976) y 23 de la Ley 18.038 (t.o.1980).

CAPITULO IV ACCESIBILIDAD AL MEDIO FISICO

ART. 20º: (Según Ley 24.314). Establécese la prioridad de la supresión de barreras físicas en los ámbitos urbanos, arquitectónicos y del transporte que se realicen o en los existentes que remodelen o sustituyan en forma total o parcial sus elementos constitutivos, con el fin de lograr la accesibilidad para las personas con movilidad reducida, y mediante la aplicación de las normas contenidas en el presente capítulo.

A los fines de la presente Ley, entiéndese por accesibilidad la posibilidad de las personas con movilidad reducida de gozar de las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía como elemento primordial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin restricciones derivadas del ámbito físico urbano, arquitectónico o del transporte para su integración y equiparación de oportunidades.

Entiéndese por barreras físicas urbanas las existentes en las vías y espacios libres públicos, a cuya supresión se tenderá para el cumplimiento de los siguientes criterios:

a) Itinerarios peatonales: contemplarán una anchura mínima en todo su recorrido que permita el paso de dos personas, una de ellas en silla de ruedas. Los pisos serán antideslizantes, sin resaltes ni aberturas que permitan el tropiezo de personas con bastones o sillas de ruedas. Los desniveles de todo tipo tendrán un diseño y grado de inclinación que permita la transitabilidad, utilización y seguridad de las personas con movilidad reducida.

b) Escaleras y rampas: Las escaleras deberán ser de escalones cuya dimensión vertical y horizontal, facilite su utilización por personas con movilidad reducida, y estarán dotadas de pasamanos. Las rampas tendrán las características señaladas para los desniveles en el apartado a)

c) Parques, jardines, plazas y espacios libres: deberán observar en sus itinerarios peatonales las normas establecidas para los mismos en el apartado a). Los baños públicos deberán ser accesibles y utilizables por personas de movilidad reducida.

d) Estacionamientos: tendrán zonas reservadas y señalizadas para los vehículos que

transporten personas con movilidad reducida, cercanas a los accesos peatonales.

e) Señales verticales y elementos urbanos varios: las señales de tráfico, semáforos, postes de iluminación y cualquier otro elemento vertical de señalización o de mobiliario urbano se dispondrán de forma que no constituyan obstáculos para los no videntes y para las personas que se desplacen en sillas de ruedas.

f) Obras en la vía pública: estarán señalizadas y protegidas por vallas estables y continuas y luces rojas permanentes, disponiendo los elementos de manera que los no videntes puedan detectar a tiempo la existencia del obstáculo. En las obras que reduzcan la sección transversal de la acera se deberá construir un itinerario peatonal alternativo con las características señaladas en el apartado a).

ART. 21º - (Según Ley 24.314). Entiéndese por barreras arquitectónicas las existentes en los edificios de uso público, sea su propiedad pública o privada, y en los edificios de vivienda, a cuya supresión se tenderá por la observancia de los criterios contenidos en el presente artículo.

Entiéndese por adaptabilidad, la posibilidad de modificar en el tiempo el medio físico, con el fin de hacerlo completo y fácilmente accesible a las personas con movilidad reducida.

Entiéndese por practicabilidad, la adaptación limitada a condiciones mínimas en los ámbitos físicos para ser utilizadas por las personas con movilidad reducida.

Entiéndese por visitabilidad, la accesibilidad estrictamente limitada al ingreso y uso de los espacios comunes y un local sanitario, que permita la vida de relación de las personas con movilidad reducida:

a) Edificios de uso público: deberán observar en general la accesibilidad y posibilidad de uso en todas sus partes por personas de movilidad reducida; y en particular la existencia de estacionamientos reservados y señalizados para vehículos que transporten a dichas personas, cercanos a los accesos peatonales; por lo menos un acceso al interior del edificio desprovisto de barreras arquitectónicas; espacios de circulación horizontal que permitan el desplazamiento y maniobra de dichas personas, al igual que comunicación vertical accesible y utilizable por las mismas, mediante elementos constructivos o mecánicos; y servicios sanitarios adaptados.

Los edificios destinados a espectáculos deberán tener zonas reservadas, señalizadas y adaptadas al uso por personas con sillas de ruedas. Los edificios en que se garanticen plenamente las condiciones de accesibilidad ostentarán en su exterior un símbolo indicativo de tal hecho. Las áreas sin acceso de público o las correspondientes a edificios industriales y comerciales tendrán los grados de adaptabilidad necesarios para permitir el empleo de personas con movilidad reducida.

b) Edificios de viviendas: las viviendas colectivas con ascensor deberán contar con un itinerario practicable por las personas con movilidad reducida, que una la edificación con la vía pública y con las dependencias de uso común. Asimismo, deberán observar en su diseño y ejecución o en su remodelación, la adaptabilidad a las personas con movilidad reducida, en los términos y grados que establezca la reglamentación.

En materia de diseño y ejecución o remodelación de viviendas individuales, los códigos de edificación han de observar las disposiciones de la presente Ley y su reglamentación.

En las viviendas colectivas existentes a la fecha de sanción de la presente Ley, deberán desarrollarse condiciones de adaptabilidad y practicabilidad en los grados y plazos que establezca la reglamentación.

ART. 22º - Entiéndese por barreras en los transportes, aquellas existentes en el acceso y utilización de los medios de transporte público terrestres, aéreos y acuáticos de corta, media y larga distancia, y aquéllas que dificulten el uso de medios propios de transporte por las personas con movilidad reducida; a cuya supresión se tenderá por observancia de los siguientes criterios: (según Ley 24.314).

a) Vehículos de transporte público: tendrán dos asientos reservados, señalizados y cercanos a la puerta por cada coche, para personas con movilidad reducida. Dichas personas estarán autorizadas para descender por cualquiera de las puertas. Los coches contarán con piso antideslizante y espacio para ubicación de bastones, muletas, sillas de ruedas y otros elementos de utilización para tales personas. En los transportes aéreos deberá privilegiarse la asignación de ubicaciones próximas a los accesos para pasajeros con movilidad reducida.

Las empresas de transporte colectivo terrestre sometidas al contralor de autoridad nacional deberán transportar gratuitamente a las personas con movilidad reducida en el trayecto que medie entre el domicilio de las mismas y el establecimiento educacional y/o de rehabilitación a los que deban concurrir. La reglamentación establecerá las comodidades que deben otorgarse a las mismas, las características de los pases que deberán exhibir y las sanciones aplicables a los transportistas en caso de inobservancia de esta norma. La franquicia será extensiva a un acompañante en caso de necesidad documentada.

Las empresas de transportes deberán incorporar gradualmente, en los plazos y proporciones que establezca la reglamentación, unidades especialmente adaptadas para el transporte de personas con movilidad reducida.

b) Estaciones de transportes: contemplarán un itinerario peatonal con las características señaladas en el art. 20, apartado a), en toda su extensión; bordes de andenes de textura reconocible y antideslizante; paso alternativo a molinetes; sistema de anuncios por parlantes y servicios sanitarios adaptados. En los aeropuertos se preverán sistemas mecánicos de ascenso y descenso de pasajeros con movilidad reducida, en el caso que no hubiera métodos alternativos.

c) Transportes propios: las personas con movilidad reducida tendrán derecho a libre tránsito y estacionamiento de acuerdo a lo que establezcan las respectivas disposiciones municipales, las que no podrán excluir de esas franquicias a los automotores patentados en otras jurisdicciones. Dichas franquicias serán acreditadas por el distintivo de identificación a que se refiere el art. 12 de la Ley 19.279.

TITULO III DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ART. 23º: (Ley 23.021) Los empleadores que concedan empleo a personas discapacitadas tendrán derecho al cómputo, a opción del contribuyente, de una deducción especial en la determinación del impuesto a las ganancias o sobre los capitales, equivalente al setenta por ciento (70 %) de las retribuciones que abonen las personas discapacitadas en cada período fiscal.

A los efectos de la deducción a que se refiere el párrafo anterior, también se considerarán las personas que realicen trabajos a domicilio.

La opción a que se refiere el presente art. se ejercerá por cada ejercicio fiscal.

ART. 24º: La Ley de Presupuesto determinará anualmente el monto que se destinará para dar cumplimiento a lo previsto en el art. 4º, inciso c) de la presente Ley. La reglamentación determinará en qué jurisdicción presupuestaria se realizará la erogación.

ART.25º: Sustitúyese en el texto de la Ley 20.475 la expresión “minusválidos” por

“discapacitados”.

Aclárase la citada Ley 20.475, en el sentido de que a partir de la vigencia de la Ley 21.451 no es aplicable el art. 5 de aquella, sino lo establecido en el art. 49 punto 2 de la Ley 18.037 (t.o. 1976)

ART 26°: Deróganse las leyes 13.926 y 20.923.

ART. 27° : (Según Ley 24.314) El Poder Ejecutivo Nacional propondrá a las provincias la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la presente ley.

En el acto de adhesión de esta Ley, cada provincia establecerá los organismos que tendrán a su cargo en el ámbito provincial, las actividades previstas en los art. 6°, 7° y 13° que anteceden. Determinarán también con relación a los organismos públicos y empresas provinciales, así como respecto a los bienes de dominio público o privado del estado provincial y de sus municipios, el alcance de las normas contenidas en los art. 8° y 11° de la presente Ley.

ART. 28°: El Poder Ejecutivo Nacional reglamentará las disposiciones de la presente Ley dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días de su promulgación.

Las prioridades y plazos de las adecuaciones establecidas en los art. 20 y 21 relativas a barreras urbanas y en edificios de uso público serán determinadas por la reglamentación, pero su ejecución no podrá exceder un plazo de tres (3) años desde la fecha de sanción de la presente Ley.

En toda obra nueva o de remodelación de edificios de vivienda, la aprobación de los planos requerirá imprescindiblemente la inclusión en los mismos de las normas establecidas en el art. 21, apartado b), su reglamentación y las respectivas disposiciones municipales en la materia.

Las adecuaciones establecidas en el transporte público por el art. 22, apartados a) y b), deberán ejecutarse en un plazo máximo de un año a partir de reglamentada la presente. Su incumplimiento podrá determinar la cancelación del servicio.

DECRETO 498/83
(Reglamentación de la Ley N° 22.431)

ART. 1°: Sin reglamentar.

ART. 2° : Sin reglamentar.

ART 3°:

1 – El Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, a los efectos del otorgamiento del certificado previsto en el art. 3° de la Ley N° 22.431, constituirá una Junta Médica para la evaluación de personas discapacitadas, la que deberá estar integrada por profesionales especializados.

2 – La Junta Médica contará con una Secretaría que recibirá las solicitudes de otorgamiento de certificados, los que deberán ser acompañados de todos los antecedentes personales del solicitante y los de índole familiar, médico, educacional y laboral, cuando así correspondiere.

3 – La Junta Médica dispondrá la realización de los exámenes y evaluaciones que, en cada caso, considere necesario, a cuyo efecto podrá recabar las consultas y asesoramientos pertinentes.

4 – El dictamen de la Junta Médica deberá producirse dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de presentación de la solicitud; dicho plazo podrá prorrogarse por otro igual, en casos en que fuere necesario la realización de evaluaciones de naturaleza compleja, a solicitud de la Junta Médica y con aprobación de la autoridad que emita el certificado.

5 – El Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, queda facultado para establecer la autoridad que emitirá el certificado de discapacidad, el que deberá contener los datos enunciados en el art. 3º de la Ley 22.431 y su plazo de validez. El certificado, o su denegatoria, deberá ser emitido dentro de los diez (10) días de producido el dictamen de la Junta Médica.

6 – La Junta Médica dispondrá, por su Secretaría, el registro y clasificación de los certificados que se expidan, juntamente con los antecedentes presentados por el solicitante.

7 – Las decisiones emanadas por la autoridad prevista en el punto 5, serán recurribles de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Procedimientos Administrativos.

ART 4º: Las prestaciones previstas en el art. 4º de la Ley Nº 22.431, cuando se encuentren a cargo del Estado o de los entes de obras sociales, no serán otorgadas cuando las personas discapacitadas, o sus representantes legales en su caso, se negaren, a realizar o a continuar los tratamientos o actividades de rehabilitación indicados en el certificado expedido con arreglo al art. 3º de la Ley Nº 22.431.

ART. 5º: Las funciones previstas en los incisos a), b), c), d) y e) del art. 5º de la Ley 22.431 serán de competencia del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. Las establecidas en los incisos f) y h) del citado artículo estarán a cargo del Ministerio de Acción Social. Ambos Ministerios en la esfera de su competencia ejercerán las funciones previstas en el inciso g) del artículo antes citado, con la sola excepción de lo relativo a la prevención de la discapacidad, que será atribución del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente.

ART.6º:

1 – Estará a cargo del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires la función prevista en el art. 6º de la Ley Nº 22.431.

2 – Entiéndese por Taller Protegido terapéutico al establecimiento público o privado que funciona en relación de dependencia con una unidad de rehabilitación de un efector de salud, y cuyo objetivo es la integración social a través de actividades de adaptación y capacitación laboral, en un ambiente controlado, de personas que por su grado de discapacidad, transitoria o permanente, no pueden desarrollar actividades laborales competitivas ni en talleres protegidos productivos.

ART 7º: Estará a cargo del Ministerio de Acción Social la función prevista en el art. 7º de la Ley Nº 22.431.

ART. 8º: El cómputo del porcentaje determinado resultará de aplicación para lo futuro, debiendo considerarse respecto del cubrimiento de las vacantes que se produzcan a partir de la aplicación de la presente reglamentación y procurando mantener una relación proporcional directa con la dotación de

cada organismo. Del CUATRO POR CIENTO (4%) establecido en el art. 8° de la Ley 22.431 deberá darse una preferencia del UNO POR CIENTO (1%) para empleo de no videntes.

ART. 9°: El Ministerio de Trabajo dispondrá el o los organismos que dentro de su área ejercerán la verificación y fiscalización de lo dispuesto por los artículos 8° y 9°, el funcionario actuante elaborará un informe precisando las observaciones pertinentes, que será elevado por la vía jerárquica correspondiente al organismo facultado para lograr el pleno cumplimiento de la Ley.

ART. 10°: Sin reglamentar.

ART.11°: Los organismos del Estado Nacional, las Empresas del Estado y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, deberán facilitar al Ministerio de Trabajo la verificación del orden de preferencia establecido a favor de las personas discapacitadas.

ART. 12°: El Ministerio de Trabajo colaborará con las organizaciones privadas en la creación y desarrollo del medio de trabajo protegido. Se considerará Taller Protegido de Producción a la entidad estatal o privada bajo dependencia de asociaciones con personería Jurídica y reconocidas como de bien público, que tenga por finalidad la producción de bienes y/o servicios, cuya planta esté integrada por trabajadores discapacitados físicos y/o mentales, preparados y entrenados para el trabajo, en edad laboral, y afectados de una incapacidad tal que les impida obtener y conservar un empleo competitivo; y el Grupo Laboral Protegido a las secciones formadas por trabajadores discapacitados, con las mismas características, que elaboran bajo condiciones especiales en un medio de trabajo indiferenciado.

El trabajo protegido en todos sus medios deberá inscribirse en el organismo por el Ministerio de Trabajo determine. Este Ministerio dictará las normas para su habilitación y supervisión.

Las empresas que concedan empleo a personas discapacitadas en grupos Laborales Protegidos gozarán de la exención impositiva dispuesta por el artículo 23° de la Ley 22.431 y de apoyo técnico por parte del organismo que dentro de su área determine el Ministerio de Trabajo.

Todos los medios de empleo protegido subordinarán su labor a un régimen laboral especial.

ART. 13°: Sin reglamentar.

ART. 14°: Sin reglamentar.

ART. 15°: A los efectos de la rehabilitación de pacientes discapacitados, considérase prestaciones médico-asistenciales básicas, las siguientes:

- a) Asistencia Médica especializada en rehabilitación;
- b) Los estudios complementarios para un correcto diagnóstico de la discapacidad y para el control de su evolución;
- c) La atención ambulatoria o de internación, según lo requiera en caso;
- d) Provisión de Ortesis, Prótesis y las ayudas técnicas que resulten necesarias para el proceso de rehabilitación.

Con el objeto de asegurar la continuidad de las prestaciones de rehabilitación, la provisión de estos servicios deberá efectuarse prioritariamente a través de prestadores que ofrezcan servicios integrales que cubran todas o la mayoría de las prestaciones enumeradas.

Asimismo a los fines de asegurar la máxima accesibilidad a los tratamientos de rehabilitación,

la cobertura de las prestaciones enumeradas se brindará de acuerdo con la regulación específica que para cada tipo de tratamiento disponga la autoridad de aplicación del régimen de obras sociales, con intervención de la autoridad sanitaria nacional.

Las Obras Sociales deberán fijar un presupuesto diferenciado para la atención de discapacitados y un régimen objetivo de preferencia en la atención.

La duración de los tratamientos otorgados serán lo suficiente y necesario para que alcancen los objetivos de rehabilitación médico-asistencial planteados en cada caso.

ART. 16º: Sin reglamentar.

ART. 17º: Sin reglamentar.

ART. 18º: Sin reglamentar

ART. 19º: Sin reglamentar.

ART. 20º:

1 – Las personas discapacitadas que deban concurrir habitualmente a establecimientos educacionales o de rehabilitación y que al efecto utilicen los servicios públicos de transporte automotor o ferroviarios a nivel, o subterráneos, sometidos a la jurisdicción nacional o municipal, podrán solicitar ante las oficinas competentes del Ministerio de Obras y Servicios Públicos y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, un pase que los habilite para el uso gratuito de tales servicios.

2 – Cumplidos los requisitos que establezcan las autoridades competentes, éstas extenderán un pase, que se identificará, con la leyenda DISCAPACITADO LEY N° 22.431, ARTICULO 20, y en el que constarán además de los otros datos que fije la reglamentación, las líneas de autotransporte, subterráneas o ferroviarias que el titular esté autorizado a utilizar – con indicación, en el último caso, de las estaciones terminales del trayecto- el término de vigencia que será de UN (1) año, renovable por períodos iguales salvo que la documentación o de la misma solicitud surja un término menor, la transcripción en los pases correspondientes a líneas de autotransporte de la parte pertinente del art. 44 del Reglamento de Penalidades aprobado por Decreto N° 698/79, y la advertencia de que el pase no podrá ser retenido sin orden expresa de autoridad competente. El pase para servicios subterráneos habilitará para el uso de todas las líneas sin limitaciones.

3 – Cuando la persona discapacitada deba trasladarse ocasionalmente a establecimientos educacionales o de rehabilitación a establecimientos educacionales o de rehabilitación que se encuentren fuera de la localidad de su domicilio y requiera al efecto el uso de los servicios públicos de autotransporte o ferroviarios de larga distancia, podrá solicitar ante la autoridad competente del Ministerio de Obras y Servicios Públicos una orden oficial de pasaje gratuito para personas discapacitadas, presentando la documentación que establezca dicha autoridad, e indicando en todo caso las fechas en las cuales estima concretará los viajes de ida y regreso.

4 – Cumplidas las exigencias, la autoridad competente emitirá la Orden Oficial, preferentemente en los medios de transporte de empresas estatales, que el interesado deberá presentar en las oficinas del transportista correspondiente para obtener su pasaje definitivo. La Orden contendrá además de los otros datos que se determinen por vía de Resolución, la Leyenda "ORDEN OFICIAL DE PASAJE PARA PERSONAS DISCAPACITADAS – LEY N° 22.431 – ARTICULO 2º", las fechas estimadas

para la ida y el regreso, la identificación del o de los transportistas o líneas de ferrocarril aptas para el traslado en el período previsto, la transcripción de la parte pertinente del artículo 44° del Reglamento de Penalidades aprobado por Decreto N° 698/79 cuando la orden sea utilizada en líneas de autotransporte, y el término de validez, que será de TREINTA (30) días contados a partir de las fechas estimadas para la ida y el regreso.

5 – Los transportistas asumirán las obligaciones legales y reglamentarias inherentes al contrato de transporte, durante el viaje de los titulares de los pases, o desde la entrega del pasaje correspondiente a una orden oficial, según sea el caso.

6 – Por vía de Resolución se establecerán las facilidades que gozarán las personas discapacitadas en los distintos medios de transporte. En particular las empresas de transporte colectivo terrestre sometidas al control de autoridad nacional deberán reservar la cantidad de asientos que en cada caso determine, con una adecuada individualización, para su uso prioritario o por las personas discapacitadas, aún cuando no exhiban o posean pase u orden oficial de pasaje.

7 – La inobservancia a las prescripciones del artículo 20° del presente decreto reglamentario para las empresas de autotransporte, será sancionada con arreglo a lo dispuesto en el Decreto N° 698/79 o el que en su reemplazo se dicte. Las empresas estatales prestadoras de servicios de transporte terrestre determinarán las sanciones que corresponda aplicar al personal que viole las disposiciones del presente decreto.

ART. 21°: Sin reglamentar.

ART. 22°:

1 – En toda obra pública que se destine a actividades que supongan el ingreso de público, que se ejecuten a partir de la puesta en vigencia de la reglamentación del Artículo 22° de la Ley N° 22.431, deberán preverse acceso, medios de circulación e instalaciones adecuadas para personas discapacitadas que utilicen sillas de ruedas, de conformidad con las especificaciones que a continuación se establecen:

Todo acceso a edificio público contemplado en el Artículo 22° de la Ley N° 22.431, deberá permitir el ingreso de discapacitados que utilicen sillas de ruedas. A tal efecto, la dimensión mínima de las puertas de entrada se establece en 0,90m. , En el caso de no contar con portero, la puerta será realizada de manera tal, que permita la apertura sin ofrecer dificultad al discapacitado, por medio de manijas ubicadas a 0,90m del piso y contando además, de una faja protectora ubicada en la parte inferior de la misma, de 0,40 m., de alto ejecutada en material rígido.

Cuando la solución arquitectónica obligue a la construcción de escaleras de acceso o cuando exista diferencia entre el nivel de la acera y el hall de acceso pendiente máxima de SEIS POR CIENTO (6%) y de ancho mínimo de 1,30 m., cuando la longitud de la rampa supere los 5,00 m., deberán realizarse descensos de 1,80 m., de largo mínimo.

e) En los edificios públicos contemplados en el artículo 22° de la Ley N° 22.431, deberá preverse que los medios de circulación posibiliten el normal desplazamiento de los discapacitados que utilicen sillas de ruedas:

1 – Circulaciones verticales:

Rampas: reunirán las mismas características de las rampas exteriores, salvo cuando exista personal de ayuda, en cuyo caso se podrá llegar al ONCE POR CIENTO (11%) de pendiente máxima.

Ascensores para discapacitados (mínimo uno): Dimensión interior mínima de la cabina

encarar facilidades arquitectónicas para discapacitados que utilizan sillas de ruedas.

4 – La accesibilidad de los discapacitados que se movilizan en sillas de ruedas a edificios que cuenten con facilidades para los mismos, como así también a los medios de circulación vertical y servicios sanitarios, se indicará mediante la utilización del símbolo internacional de acceso para discapacitados motores en lugar visibles y a 1,20 m, de altura del nivel del piso terminado.

ART. 23° : Sin reglamentar.

ART.24: Las erogaciones a que se refiere el Artículo 4, inciso c)

De la Ley N° 22.431, se imputará a la jurisdicción 080, Ministerio de Acción Social.

ART. 25°: Sin reglamentar.

ART. 26°: Sin reglamentar.

ART. 27°: Sin reglamentar

ART. 28°: Sin reglamentar.

1,20 x 1.40 m., pasamanos separados 0,05 m., de las paredes de los tres lados libres. La puerta será de fácil apertura con una luz mínima de 0,85 m., recomendándose las puertas telescópicas. La separación entre el piso de la cabina y el correspondiente al nivel de ascenso o descenso tendrá una tolerancia máxima de 2 cm., del nivel piso ascensor; si el edificio supera las SIETE (7) plantas, la misma se ubicará en forma horizontal.

2 – Circulaciones horizontales:

Los pasillos de circulación pública, deberán tener un lado mínimo de 1,50 m., para permitir el giro completo de la silla de ruedas. Las puertas de acceso a despachos, ascensores, sanitarios y todo local que suponga el ingreso de público o empleados deberá tener una luz libre de 0,85 m., mínimo.

f) Servicios Sanitarios:

1 – Todo edificio público que en adelante se construya contemplado en el artículo 22° de la Ley N° 22.431, deberá contar como mínimo con un local destinado a baño de discapacitados, con el siguiente equipamiento: inodoro, espejo, grifería y accesorios especiales. El mismo posibilitará la instalación de un inodoro, cuyo plano de asiento estará a 0,50 m., del nivel del piso terminado, con barrales metálicos laterales fijados de manera firme a pisos y paredes. Los barrales tendrán la posibilidad de desplazarse en forma lateral o hacia arriba, con radio de giro de NOVENTA GRADOS (90°). El portarrollo estará incorporado a uno de ellos para que el discapacitado lo utilice de manera apropiada. El lavatorio se ubicará a 0,90 m, se ubicará a 0,90 m del nivel del piso terminado, y permitirá el cómodo desplazamiento por debajo del mismo, de la parte delantera de la silla utilizada por el discapacitado.

Sobre el mismo y a una altura de 0,95 m, del nivel del piso terminado se ubicará un espejo ligeramente inclinado hacia adelante, pero que no exceda de DIEZ GRADOS (10°). La grifería indicada será la de tipo cruceta o palanca. Se deberá prever la colocación de elementos para colgar ropa o toallas, a 1,20 m, de altura, y un sistema de alarma conectado al office, accionado por botón pulsador, ubicado a un máximo de 0,60 m, del nivel del piso terminado. La puerta de acceso abrirá hacia fuera con una luz libre de 0,85 m, mínimo y contará con una manija adicional interior ubicada del lado opuesto a la que acciona la puerta. La dimensión mínima del local será tal que permita el cómodo desplazamiento de la silla de ruedas utilizada por el discapacitado cuyo radio de giro es de 1,50 m, y se tendrá en cuenta que el acceso al inodoro se puede dar a derecha – izquierda y/o por su frente, permitiendo la ubicación de la silla de ruedas a ambos lados del mismo.

2 – En los edificios destinados a empresas públicas o privadas de servicios públicos y aquellos en los que se exhiban espectáculos públicos, que se construyan o refaccionen a partir de la puesta en vigencia de la reglamentación del artículo 22 de la Ley N° 22.431, deberán preverse accesos, medios de circulación e instalaciones adecuadas para personas discapacitadas que utilicen sillas de ruedas, con las mismas especificaciones que las establecidas en el punto 1.

Los edificios destinados a empresas públicas o privadas de servicios públicos deberán contar con sectores de atención al público con mostradores que permitan el desplazamiento de la parte delantera de la silla de ruedas utilizada por el discapacitado. La altura libre será de 0,70 m, y la altura de plano superior del mostrador no superará los 0,85 m

3 – Las obras públicas existentes deberán adecuar sus instalaciones, accesos y medios de circulación para permitir el desplazamiento de los discapacitados que utilizan sillas de ruedas. A tal efecto las autoridades a cargo de los mismos contarán con un plazo de DIEZ (10) años a partir de la vigencia de la presente reglamentación, para dar cumplimiento a tales adaptaciones. Quedarán excluidas de dar cumplimiento a la exigencia prescrita, aquellas en que por la complejidad de diseño no sea posible

SINTESIS DE LEGISLACION DE REHABILITACION Y DISCAPACIDAD

- **LEY N° 24.657 DEL 05/07/1996. Crea el Comité Nacional de la Persona con Discapacidad.** Definiciones, propósitos, alcances y aplicación de la Ley de Derechos y Garantías de las Personas con Discapacidades. Participación.
- **LEY N° 24.901 del 02/12/1997. Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral** a favor de la Persona con Discapacidad.
- **LEY N° 24.976 DEL 17/06/1998. Se declara monumento Histórico Nacional al edificio de la actual sede del Servicio Nacional de Rehabilitación y Atención de la Persona con Discapacidad en la Ciudad de Buenos Aires.**

DECRETOS

- **DECRETO LEY N° 6.755 del 12/08/1963.** Condiciones establecidas para la venta de Prótesis para sordos.
- **DECRETO N° 498 DEL 3/03/1983.** Reglamenta la Ley N° 22.431.
- **DECRETO N° 140 DEL 23/01/1985.** Modifica el art. 11° del Decreto N° 498/83.
- **DECRETO N° 1.101 del 10/07/1987. Crea la Comisión Nacional Asesora para la Integración de la Persona con Discapacidad.**
- **DECRETO 1.078 del 6/06/1990.** Fija las Normas para la adquisición de automotores para discapacitados. Complementario de la Ley N° 19.279.
- **DECRETO N° 984/92.** Fija la estructura de la Comisión para la Integración de la Persona con Discapacidad.
- **DECRETO N° 1.313 del 24/06/1993. Adquisición de automotores. Normas.** Deroga los Decretos N° 1.382/83 y 1.199/87.
- **DECRETO N° 236 del 18/02/1994.** Declara que el año 1994 es el año de la Integración de las Personas Portadoras de Discapacidad, siguiendo el Programa de Acción Mundial promovido por Naciones Unidas.
- **DECRETO N° 795 del 31/05/1994.** Reglamenta la Ley N° 24.308. Trabajo para Discapacitados.
- **DECRETO N° 102 del 06/07/1994.** Emite directivas a los Ministerios de Trabajo, de Cultura y Educación, de la Secretaría de Acción Social, de la Secretaría de la Presidencia y a otros entes administrativos, **a hacer efectivas las políticas relacionadas con las personas con discapacidades.**
- **DECRETO N° 1.330 del 17/08/1994.** Establece que solo las personas con discapacidad física y psicológica califican como discapacitadas para los fines de las pensiones. También se requiere que las personas sean

LEYES

- **LEY N° 19.279** 04/10/1971. Establece las Normas para la adquisición de automotores para uso personal de personas discapacitadas (Modificada por las Leyes N° 22.499 y N° 24.183).
- **LEY N° 20.475** del 23/05/1973. Fija el **régimen de Jubilaciones y Pensiones para Minusválidos**. (Término reemplazado por Discapacitados por la Ley N° 23.021, que la modifica)
- **LEY N° 20.088** del 30/09/1974. Régimen especial para jubilaciones y pensiones para no videntes (Modificada por la Ley N° 24.017).
- **LEY N° 22.431** del 20/03/1981. Fija el **Sistema de Protección Integral para personas Discapacitadas**. (Modificada por las Leyes N° 24.308, 24.147 y 24.314).
- **LEY N° 22.499** del 21/09/1981. Modifica la Ley N° 19.279, sobre Normas para la adquisición de automotores para uso personal de personas discapacitadas. (Texto Ordenado del 29/06/93).
- **LEY N° 23.021** del 13/12/1983. Establece deducciones especiales en el impuesto a las ganancias para empleadores de personas discapacitadas. Modificación del art. 23° de la Ley N° 22.431.
- **LEY N° 24.017** del 13/11/1991. Prorroga diversos regímenes de jubilaciones extraordinarias, entre ellos lo de la Ley N° 20.888.
- **LEY N° 24.147** del 29/09/1992. Fija Normas sobre Talleres Protegidos (Texto Ordenado)
- **TEXTO ORDENADO DE LAS LEYES N° 19.279, 22.499 y 24.183** del 29/06/1993.
- **LEY N° 22.241** del 18/10/93. Crea el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (S.I.J.P.) que incluye vejez, discapacidad y beneficios de pensión por muerte, junto con el Sistema Unico de Seguridad Social (S.U.S.S.).
- **LEY N° 24.308** del 11/01/1994. Modifica el art. 11° de la Ley N° 22.431. Mantiene la vigencia de las concesiones otorgadas a personas discapacitadas en virtud de las Leyes N° 13.926 y 22.431 y los Decretos N° 11.703/61, 498/93 y 140/85. Se refiere al **Empleo** de las Personas con Discapacidades, a través de los Gobiernos, Nacional, Municipal y a los dueños de negocios y compañías que proveen servicios públicos.
- **LEY N° 24.314** del 12/04/1994. Normas para la supresión de barreras físicas, arquitectónicas y de transporte. Texto Ordenado. Abarca las autonomía y seguridad en el transporte y supresión de barreras en ambiente urbano.
- **TEXTO ORDENADO DE LAS LEYES N° 223.431, 24.308, 24.147 Y 24.314**. Secretaría de Salud.
- **LEY N° 24.452** del 22/02/1995. **Grava a los cheques penalizados y la recaudación se destina a discapacitados.**

- **RESOLUCION N° 795 del 30/03/1994. Régimen de importación de automotores equipados con mecanismos apropiados para personas discapacitadas.**
- **RESOLUCION N° 773 (MS y AS) DEL 28/11/1994.** Aprueba el Convenio suscripto entre la Universidad Nacional de Luján y el Ministerio de Salud y Acción Social.
- **RESOLUCION N° 4.085 (DGI) del 22/11/1995. Exención del IVA para la adquisición de automotores para discapacitados.**
- **RESOLUCIÓN N° 211 (MS y AS) del 06/04/1996. Norma de Organización y funcionamiento del Area de Rehabilitación de los Establecimientos Asistenciales.**
- **RESOLUCIÓN N° 001 (GERENCIA DE PROGRAMAS ESPECIALES) del 20/04/1998. Establece el Programa de Cobertura de Alta Complejidad a través del cual la APE financiará el pago de Prestaciones Médicas. Prótesis, Ortesis y material descartable.**
- **RESOLUCIÓN N° 137 (SECR. DE FUNCION PUBLICA) del 24/08/1998.** Aprueba el diseño del soporte informático mediante el cual las jurisdicciones deben informarlo sobre el cumplimiento de la Ley N° 22.431, que obliga al Estado a ocupar personas discapacitadas, que reúnan las condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción respecto a la totalidad del personal.
- **RESOLUCION N° 0400 (APE) del 16/06/1999. Cobertura de Discapacitados para conocimiento de todas las Obras Sociales.**
- **RESOLUCION N° 428 (APE) del 23/06/1999. Apruébase el Nomenclador de Prestaciones básicas para Personas con Discapacidad.**
- **RESOLUCION N° 953/99 (MRIO DE ECONOMIA Y SERV. PUBLICOS).** Exime del pago del derecho de importación y de las tasas de servicios portuarios, de estadística y de comprobación a las instituciones y asociaciones cuyo objeto sea satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad.

CONVENIOS

- **RESOLUCION N° 118 (SECRET. DE RECURSOS Y PROGR. DE SALUD Y EL MS y AS) del 28/02/1996.** Aprueba el Convenio firmado entre el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la persona con Discapacidad (MS y AS) y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires del 28/02/1996, mediante el cual se acuerda implementar la **Investigación en los Aspectos de la Informática aplicada a la Rehabilitación de personas con Discapacidad**; propiciando para tal fin la formación de equipos multi e interdisciplinarios.
- **CONVENIO ENTRE SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION Y PROMOCION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE GENERAL SAN MARTÍN** por el cual se crea el Instituto de Ciencias de la Rehabilitación (avalado por el MS y

examinadas periódicamente por un Comité Médico para controlar la evolución de la discapacidad.

- **DECRETO N° 153** del 16/02/1996. Reglamenta la Ley N° 24.452 y crea el Comité Coordinador para Personas con Discapacidad.
- **DECRETO N° 385** del 29/04/1997. Crea la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas. Modifica el Decreto N° 984/92.
- **DECRETO N° 762** del 11/08/1997. **Cración. Objetivos. Beneficiarios. Organismos Regulator del Registro Nacional de Personas con Discapacidad. Organismo Responsable. Nomenclador de Prestaciones Básicas. Fondo Solidario de Redistribución.**
- **DECRETO N° 914** del 11/09/1997. Reglamentario del Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad.
- **DECRETO N° 961** del 14/08/1998. Establece pautas de contralor y rendición de cuentas transfiriendo fondos al Comité de Programas para Personas Discapacitadas según Decreto N° 153/96. Reglamentario de la Ley N° 24.452.
- **DECISION ADMINISTRATIVA N° 429** del 26/08/1998. Aprueba el Reglamento Interno del Comité Coordinador para Programas de Personas con Discapacidad.
- **DECRETO N° 1.193** del 08/10/1998. Reglamento del Sistema Unico de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
- **DECRETO N° 230** del 16/03/1000. **Organización de un juego de azar par su venta por Discapacitados.**
- **ORDENANZA N° 5.107** del 3/12/1981. Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata. Por iniciativa del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur se inicia construcción de RAMPAS en Mar del Plata.

RESOLUCIONES

- **RESOLUCIÓN N° 430 (S SEG)** del 20/07/1979. Discapacitados, Jubilaciones y Pensiones.
- **RESOLUCION MINISTERIAL N° 105 (MT y SS)** del 18/02/1993. Asignaciones familiares. Ayuda escolar a hijo discapacitado. Se cuadruplica el monto.
- **RESOLUCION GENERAL N° 3.711 (DGI)** del 27/07/1993. Reconocimiento de la capacidad económica de los beneficiarios y/o grupo familiar. Requisistos y condiciones.
- **RESOLUCION N° 630 (MS y AS)** del 3/09/1993. Aprueba el Proyecto de Convenio a suscribirse entre el Ministerio de Salud y Acción Social y a la Orden de San Camio.

AS y la Comisión de Interpelación y Reglamento – Consejo Superior)

I
REHABILITACION
OMS

Por tratarse de un importante documento de la OMS en el campo de la rehabilitación, acompañamos el informe N° 419 de OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS
N° 419

COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN REHABILITACION MEDICA
Segundo informe

REHABILITACION MEDICA
DEFINICIONES

Teniendo en cuenta las recomendaciones formuladas en el informe de 1958, el amplio desarrollo de la rehabilitación médica y la necesidad de una coordinación adecuada entre todos los aspectos importantes de la rehabilitación el Comité adoptó las definiciones siguientes:

Rehabilitación

Aplicada a la incapacidad, se entiende por rehabilitación la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo con objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional.

Rehabilitación médica

Es la parte de la asistencia médica que trata de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y, si es preciso, sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y activa.

Se estima en la actualidad que la rehabilitación médica debe plantearse en una fase muy temprana del tratamiento, y empezar tan pronto como lo permite el estado general del enfermo. Comprende la aplicación de técnicas tales como la fisioterapia, la ergoterapia y la logopedia, que aceleran los procesos naturales de regeneración y permiten evitar o disminuir las secuelas.

Cuando la invalidez se acompaña de destrucciones morfológicas o funcionales, la rehabilitación médica debe tratar de favorecer todos los procesos fisiológicos indispensables para establecer mecanismos de compensación.

La rehabilitación psiquiátrica comienza en el momento en que el enfermo efectúa su primer contacto con los médicos y prosigue hasta que se halla perfectamente reintegrado a la sociedad, y en