

JUJUY: UNA PROVINCIA CON HISTORIA EN POLÍTICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La creación de una red de rehabilitación interdisciplinaria para atender a los pacientes desde el principio y no como complemento de tratamientos principales, junto con una serie de trabajos para facilitar el otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad son los principales éxitos en este territorio



Por Verónica Curet

Haciendo un recorrido en la historia de la discapacidad y la rehabilitación en Jujuy, uno de los momentos clave, se ubica en 1959, con la creación de los talleres protegidos, del Centro de Rehabilitación Vicente Arroyabe y la construcción de viviendas accesibles para personas con discapacidad (PCD). En el contexto de la época, donde imperaba el modelo médico rehabilitador, introdujo cambios, con un enfoque bio-psico-social y contribuyó al cambio de paradigma, con la formalización, en 1965, de la Dirección Provincial de Rehabilitación, que puso en marcha las primeras políticas públicas en materia de discapacidad.

En 1981, se creó el Registro Provincial del Discapacitado con la Certificación de Discapacidad. La organización y peso de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que lucharon por los derechos de las de las personas con discapacidad en la provincia dieron un empuje muy importante a las diferentes administraciones para poder dar origen y cumplimiento a las leyes que fueron construyendo un complejo entramado legislativo en los años subsiguientes.

Cabe destacar que Jujuy cuenta con ley provincial 4398/1988 (régimen jurídico básico y de integración social para las personas discapacitadas), impulsada por las propias ONG. De la norma se destaca que protege el cupo laboral provincial en

La autora es médica (U. del Salvador), especialista en Reumatología (UBA). Medica en Junta de Evaluación y Valoración de la Discapacidad, coordinadora de la Unidad de Gestión Provincial del Programa Federal Incluir Salud y directora provincial de Rehabilitación. Maestranda en Sistemas de Salud y Seguridad Social (ISALUD)

un 5% (la ley 22.431 establece un 4% sobre los cargos nacionales) y establece, en uno de sus artículos más importantes, que “las personas acreditadas como discapacitadas y carentes de recursos, quedarán automáticamente afiliadas al Instituto de Seguros de Jujuy a cargo del Estado Provincial”, y las prestaciones que se brindan por motivos de su discapacidad, luego de ser afiliadas, deben ser libres de todo co-seguro.

La provincia y sus políticas públicas

Desde hace varios años, el acceso a la salud pública para las personas con discapacidad en la provincia ha sufrido un franco deterioro, algo que no es ajeno a lo que se describe en el informe Mundial sobre la Discapacidad en relación con las inequidades existentes asociadas al acceso a la salud. Esto se ha visto reflejado en el acceso a las consultas médicas, estudios complementarios, medicamentos e insumos.

Se hizo un análisis sobre el acceso a la rehabilitación tanto para las personas con discapacidad, como para las personas con lesiones adquiridas de manera aguda (principal causal de la discapacidad), asumiendo a la rehabilitación como un continuo de atención en el sistema de salud y buscando la modificación basado en la estrategia de redes integradas de atención, a pesar de que, como en el resto del país, nuestro sistema es un sistema con altos niveles de fragmentación. En este sentido, en los últimos dos años, desde el Ministerio de Salud de Jujuy se generaron una serie de políticas públicas que permitieron consolidar algunas líneas de trabajo en salud, discapacidad y rehabilitación que buscaron disminuir las inequidades en una provincia donde las asimetrías económicas, socioculturales y geográficas, en ocasiones, generan barreras difíciles de sortear.

Es común leer sobre el acceso a beneficios, principalmente asociados al Certificado Único de Discapacidad (CUD), sin embargo, para hacer frente a los cambios, preferimos enfocarnos en el acceso a derechos



y sobre ese paradigma es que hemos enfocado las políticas públicas.

Por resolución ministerial, en 2018, se creó la Red de Rehabilitación con el objetivo de instalar una oferta de servicios en la provincia que funcionen de manera integrada, integral e interdisciplinaria que permitan, entre otras cosas, incorporar al sistema público jujeño algo que hasta el momento solo se ofrecía de manera muy limitada y en un efector aislado de los Hospitales de alta complejidad: en el Hospital Vicente Arroyabe.

Si bien la rehabilitación interdisciplinaria es una oferta establecida en el ámbito privado y de las ONG, se brinda a personas con lesiones ya establecidas, en estadios subagudos o crónicos, salvo excepciones. Sin embargo, en el ámbito público, el modelo médico hegemónico llevó a perder la noción de que la rehabilitación debe ocurrir en todo momento y como un continuo de atención. Como médicos aprendimos que la rehabilitación va al final de la historia y no desde el principio.

La rehabilitación, un eje central del servicio

Esto es lo que la mayoría de las veces hace que sea difícil instalar, dentro del sistema de salud, la noción de rehabilitación brindada en el ámbito de servicios y no como apoyos a prestaciones principales dentro de los hospitales.

“Desde hace varios años, el acceso a la salud pública para las personas con discapacidad en la provincia ha sufrido un franco deterioro. Esto se ha visto reflejado en el acceso a las consultas médicas, estudios complementarios, medicamentos e insumos”

La red jujeña posee un nodo central, el Centro de Rehabilitación Dr. Carlos Jure, desde donde se trabaja con planes de rehabilitación integrales y se efectúan visitas semanales, principalmente al Hospital Materno Infantil, con el objetivo de armar en un futuro próximo, un servicio de rehabilitación. Mientras tanto, se abordan casos complejos, desde la internación hasta el alta, para continuar trabajando de forma ambulatoria en los nodos periféricos de la red.

Estos nodos se están consolidando lentamente en el resto de la provincia, en hospitales de menor complejidad. Es para destacar que la escasez de recursos humanos especializados también constituye una barrera, que muchas veces dificulta el desarrollo de la red, como la falta de los/as médicos/as especialistas en fisioterapia, fonoaudiólogos/as y terapeutas ocupacionales.

Sin dudas, otra dificultad que hemos encontrado al momento de incorporar los nodos, principalmente en el interior, fue que al existir gran demanda, tanto oculta como insatisfecha de prestaciones en rehabilitación y prestaciones de kinesiología, se generó una saturación de la capacidad operativa, lo que nos obligó a modificar las cartas de servicios para evitar confusión en la población y nombrar, bajo la palabra rehabilitación, prestaciones de menor complejidad a las kinésicas puras manteniendo las interdisciplinarias como prestaciones de rehabilitación para pacientes más complejos.

También se creó el primer Servicio Público de Rehabilitación Domiciliaria, que incluye enfermería, controles médicos y servicios a personas de alta complejidad clínica y que no pueden trasladarse al Centro Dr. Jure. Si bien tiene baja capacidad operativa, nos ha permitido mejorar la calidad de vida de personas que, posterior al alta hospitalaria por lesiones severas (como traumatismos de cráneo), encuentra en esta prestación un continuo de atención hasta estar en condiciones de trasladarse al centro.

Esta red pretende tener como aliados es-

“El año pasado se creó la Red de Rehabilitación para instalar servicios en la que funcionen de manera integrada, integral e interdisciplinaria e incorporar al sistema público jujeño algo que hasta el momento sólo se ofrecía de manera muy limitada”

tratégicos a los efectores de las ONG, que brindan el resto de las modalidades establecidas por el Sistema de Prestaciones Básicas de Atención integral a las personas con discapacidad.

Descentralización y difusión del CUD

Desde 2009, la gestión del CUD se encuentra bajo la gobernanza del Ministerio de Salud provincial, siendo una política pública federal, consolidada en el país. En los últimos años, se han profundizado una serie de líneas de trabajo que han permitido la descentralización para su otorgamiento y una importante difusión.

La reciente ampliación de las juntas de valoración y determinación de la discapacidad y la consolidación de las juntas Itinerantes fue un elemento clave en este sentido. Se trabajó con una modalidad en red con referentes locales en el interior de la provincia, de diferentes áreas (municipales, hospitalarias, de puestos de salud y del Ministerio de Desarrollo Humano), quienes fueron capacitados, en forma continua, para el trabajo en sus áreas de residencia en la captación y asesoramiento de personas interesadas.

Esto se hizo para acompañar en el trámite de los requisitos, turnos médicos, la gestión de turnos protegidos y articulaciones de itinerancias. Al mismo tiempo, se capacitó sobre los derechos a los que se accede con el CUD para favorecer el empoderamiento ciudadano.

Así mismo, se implementó una junta semanal en el Hospital Materno Infantil, para casos complejos que recorre de forma activa los diferentes servicios, junto con el área de Servicio Social del hospital y en contacto con los médicos y los diferentes servicios. Estas modalidades evitaron el traslado innecesario de personas en situación de vulnerabilidad, riesgo y aislamiento geográfico, facilitando el acceso al CUD.

También incorporamos un área de asesoría legal para personas con discapacidad

en el mismo ámbito de las juntas, que permite, ante la detección de casos con vulneración de derechos de cualquier tipo que se asesore, se genere la intervención ante obras sociales o incluso se tomen algunas acciones, como articulaciones con otros ámbitos del Estado (Poder Judicial, Niñez, etc).

La articulación con Atención Primaria de la Salud (APS) y el Primer Nivel de Atención, que en la provincia de Jujuy cuenta con 798 agentes sanitarios y 316 efectores, es fundamental para toda estrategia desarrollada desde la Dirección Provincial de Rehabilitación, por su gran capilaridad en territorio y frecuencia de rondas sanitarias.

La llegada de los agentes ha sido clave para implementar algunas estrategias de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Tanto para la pesquisa de posibles personas con discapacidad, como para intervenciones en casos específicos que requieran acciones concretas desde el sistema de salud. Estos agentes son actores clave, sin los que la Red de Rehabilitación no podría asentarse.

En 2018, con la creación de los Centros de Especialidades Norte y Sur, que concentra una carta de servicios con especialistas médicos, así como también el Programa de Médicos Itinerantes para el interior de la provincia, facilitó el acceso a los requisitos del CUD, una problemática que, si bien aún persiste para algunas especialidades, ha disminuido considerablemente en el último año.

Asumimos al CUD como un punto de acceso al sistema de salud y no como un mero acto administrativo porque consideramos que, en ocasiones, es el único momento en el que una persona puede acceder a las consultas y los estudios complementarios que necesita. Es un facilitador de acceso a derechos y una fuente de datos para la planificación de políticas públicas (no sólo de salud), ya que, al ser tomada de manera constante, sistemática y federal, permite la recopilación

y el análisis de datos con tendencias estadísticas.

Desde hace varios años, la provincia entrega ayudas técnicas a personas con discapacidad sin obra social. Esto facilita la entrega de equipamiento al momento del alta hospitalaria y favorece los procesos de rehabilitación. Sin dudas, una de las mayores dificultades es mantener el stock, dado que los insumos (standard y a medida) y su mantenimiento son de alto costo.

Otras políticas públicas en desarrollo

A pesar de que la provincia no se encuentra adherida a la ley nacional, se creó el Registro de Electrodependientes por Cuestiones de Salud (RECS) y se generó una base de datos con la identificación georeferenciada de los pacientes. Actualmente se encuentra en desarrollo la revisión de cada caso en toda la provincia, mediante la visita domiciliaria para efectuar la verificación de la situación de los equipos en uso y de la situación de cada usuario.

Con la actual (y controversial) revisión de pensiones no contributivas por invalidez y traspaso a la ANSES para su inicio, el Certificado Médico Oficial (CMO) cambió su formato a la modalidad digital. Dadas las limitaciones estructurales propias de la provincia en relación con los recursos físicos (conectividad y recursos hardware), se centralizó la evaluación y carga del CMO en el Ministerio de Salud y se planifican operativos en diferentes municipios para acercar a los médicos evaluadores a los lugares más alejados.

De las políticas que se encuentran en fase de implementación, quedará esperar la medición de sus indicadores para valorar el verdadero impacto. Sin embargo, el desarrollo de los servicios en salud que incorporen la rehabilitación, la expansión del CUD y la temática de la discapacidad instalada en las políticas sanitarias, contribuyen a la construcción de una mística sanitaria inclusiva, un poco más empática y basada en derechos. 

“Asumimos el CUD como un punto de acceso al sistema de salud y no como un mero acto administrativo porque consideramos que, en ocasiones, es el único momento en el que una persona puede acceder a las consultas y los estudios complementarios que necesita”