

Tortosa, Sandra Lorena

“Territorio y Discapacidad motora”

2021

Instituto: Ciencias de la Salud

*Carrera: Licenciatura en Kinesiología y
Fisiatría*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Reconocimiento – Compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Tortosa, S.L. (2021) *Territorio y Discapacidad motora* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la carrera

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

“Territorio y Discapacidad motora”

Autora: TORTOSA Sandra Lorena

Legajo: 5776

Director: Lic. Néstor Rosendo

Co director: Lic. Pablo Dolce

Firma:

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature appears to be 'S. Tortosa'.

Fecha de presentación: 4 de noviembre 2020

Agradecimientos

Mi gratitud a la Universidad Nacional Arturo Jauretche por haberme formado académicamente, y a todo el personal docente y no docente por brindar formación de calidad, con criterio y dedicación.

A el Lic. Néstor Rosendo y el Lic. Pablo Dolce por acompañarme en este proceso, por la paciencia, predisposición y por compartir sus conocimientos conmigo.

A mi madre especialmente por su incondicionalidad, su apoyo constante y todo su amor.

A mi Familia, Gabriel y Lucia que me acompañaron a lo largo de estos años como estudiante, entendiendo, apoyando y brindándome todo su afecto para siempre seguir adelante y cumplir mi sueño.

A todos los compañeros con los que transite este camino y especialmente a los que se transformaron en amigos y futuros colegas, son un regalo de la UNAJ.

A mis amigos de siempre por estar cerca y confiar en mí.

A Dios y a mi querida Mater por la fortaleza recibida y por hacer que todo sea posible.

“A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara esa gota”

Madre Teresa de Calcuta

Lista de acrónimos utilizados

OMS: Organización Mundial de la Salud

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

CDPD: Convención de Naciones unidas sobre los derechos de las Personas con Discapacidad

PcD: Personas con discapacidad

CUD: Certificado único de Discapacidad

ONU: Organización de Naciones Unidas

RBC: Rehabilitación de base comunitaria

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

ANDIS: Agencia Nacional de Discapacidad

ICU-AW: Debilidad adquirida en la UCI (intensive care unit [ICU]-acquired weakness)

UCI: Unidad de cuidados intensivos

CIP: Polineuropatía por enfermedad crítica (Critical Illness Polyneuropathy)

CIM: Miopatía por enfermedad crítica (Critical Illness Myopathy)

COVID-19: Enfermedad por coronavirus

SDRA: Síndrome Distrés Respiratorio Agudo

I. Índice

Agradecimientos	1
Lista de acrónimos utilizados	2
I. Índice	3
III. Formulación de la problemática	6
IV. Objetivos	6
A. Objetivo general	6
A. Objetivos específicos	6
V. Justificación	7
VI. Marco Teórico	9
A. Discapacidad	9
B. Discapacidad motora	10
C. Persona con discapacidad	10
D. Antecedentes de la medición de la discapacidad	11
1. Antecedentes internacionales	11
2. Antecedentes nacionales	12
E. Atención Primaria de Salud	13
F. Rehabilitación	13
1. Promoción y prevención	14
2. Rehabilitación de base comunitaria	15
G. Mapa poblacional	16
1. Mundial	16
2. República Argentina	17
3. Florencio Varela: información geográfica y demográfica.	20

4. Infraestructura sanitaria	21
5. Región Sanitaria VI	24
VII. Estrategia metodológica	27
VIII. Contexto de Análisis	29
IX. Contexto actual: Pandemia mundial COVID-19	30
A. Deficiencias físicas post Unidad de cuidados intensivos	30
B. Rehabilitación para reducir la discapacidad y optimizar la independencia funcional	32
X. Resultados	34
XI. Conclusión	40
XII. Bibliografía	43
XIII. Anexos	47

II. Introducción

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (en adelante CIF), publicada en el año 2001 por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), utiliza un enfoque biopsicosocial para definir la discapacidad como toda limitación en la actividad y restricción en la participación, originada en la interacción entre la persona con una condición de Salud y los factores contextuales (entorno físico, humano, actitudinal y sociopolítico), para desenvolverse en su vida cotidiana, dentro de su entorno físico y social, según su sexo y edad.^{1,2}

La Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad se estableció con el fin de proteger y asegurar las condiciones de igualdad de todos los derechos humanos, y con esta base, surge el interés por conocer si la Población con discapacidad motora del municipio de Florencio Varela tiene acceso a la rehabilitación motriz que necesita para mejorar su calidad de vida y así poder desarrollar sus actividades de la vida diaria, sociales y laborales.

El municipio de Florencio Varela pertenece a la sub región sudeste de la Región Sanitaria VI y está conformado por 120 barrios distribuidos en las 10 localidades que componen el partido.

La población de Florencio Varela está estimada actualmente alrededor de 517.082 habitantes de los cuales el 10% tiene algún tipo de discapacidad. En base a estos datos se calcula que 51.708 presentan algún tipo de discapacidad.

Se realizó un análisis de la infraestructura sanitaria en la mencionada localidad, haciendo énfasis en la necesidad de rehabilitación kinésica que presentan las Personas con Discapacidad, y no se encontró centro de rehabilitación o atención kinésica para rehabilitar pacientes con discapacidad motora crónica; todas las instituciones que cuentan con servicio de kinesiología se abocan a brindar asistencia respiratoria y motora en internación y en el periodo agudo.

La presente investigación y los resultados obtenidos tienen como objetivo general identificar los centros de salud que ofrecen servicio de rehabilitación en el municipio de Florencio Varela.

Se llevó a cabo un análisis de datos obtenidos sobre la población con discapacidad que habita en dicho municipio, en particular de las personas con discapacidad motora.

III. Formulación de la problemática

Tener presente la Rehabilitación como parte importante de la atención integral en salud y constituir sus acciones en el manejo de la discapacidad en todos los niveles del sistema, ha sido el objetivo más relevante en los planes de los administradores en Salud Pública, desde hace más de 20 años. ¹

Por tal motivo, y de acuerdo a lo antes descrito, surge el siguiente interrogante:

¿Con qué recursos cuenta la ciudad de Florencio Varela, que pertenece a la región sanitaria VI según el organigrama del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, para dar respuesta a la población con discapacidad motora?

IV. Objetivos

A. Objetivo general

El objetivo general será identificar los centros de salud que ofrezcan servicios de rehabilitación en el municipio de Florencio Varela desde el sistema público de salud, para dar respuesta a la población con discapacidad motora.

A. Objetivos específicos

- Analizar la estructura sanitaria del municipio de Florencio Varela.
- Conocer e Identificar a la población con discapacidad motora del municipio de Florencio Varela.
- Mencionar el tipo de atención en salud de las personas con discapacidad
- Analizar CUDs cuantificados otorgados en el municipio de Florencio Varela.

V. Justificación

Las personas con discapacidad desde la edad antigua han sufrido la opresión y la discriminación que recae sobre lo “diferente” de acuerdo con el paradigma de lo “normal”, esto ha comenzado a cuestionarse a partir de la segunda mitad del siglo XX, los derechos de esta población fueron evolucionando y se reconocen condiciones que modelan positivamente la situación de las mismas, gracias al surgimiento de movimientos sociales de personas con discapacidad que, basándose en el Modelo Social y el paradigma de los Derechos Humanos, reclaman ser tenidos en cuenta como sujetos de derecho en la elaboración de políticas de inclusión.³

La primera guerra mundial (1914 - 1918) dejó en los países involucrados un gran número de jóvenes con secuelas físicas y psíquicas adquiridas durante el conflicto bélico. La creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1919 tuvo un papel decisivo en la aprobación de normativas, un tanto limitadas, tendientes a proteger los derechos de personas con discapacidad congénita y adquirida, y en la promoción y desarrollo de programas de rehabilitación. Al terminar la segunda guerra mundial en 1945, al menos 12 países concentraron sus esfuerzos médicos y científicos en la integración de personas con limitaciones físicas lo que facilitó el desarrollo formal de la rehabilitación. En ese entonces en el paradigma de la rehabilitación, la discapacidad no es vista como el resultado de un conjunto de condiciones sociales, sino como una enfermedad que hay que curar.³

Aquí aparecen los conceptos de “modelo médico” y “modelo social”, estos modelos conceptuales explican la discapacidad y el funcionamiento:

- ❖ El modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona causado de forma directa por una enfermedad, trauma o una condición de salud que requiere de cuidados médicos en forma de tratamiento individual prestados por profesionales. En este sentido se encamina el tratamiento hacia una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta, se considera primordial la

atención sanitaria y la respuesta principal en el ámbito político es la de modificar la política de atención a la salud, con mayor énfasis.^{1,2}

❖ El modelo social de la discapacidad considera el fenómeno principalmente “Social”, desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad, la discapacidad es un conjunto de condiciones en su mayoría creadas por el ambiente social y no un atributo de la persona. Por lo tanto, el manejo del problema requiere de la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales para propiciar una participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.^{1,2}

La integración de estos dos modelos permite la incorporación de las diferentes dimensiones del funcionamiento humano, permitiendo obtener una visión coherente e integral desde las diferentes dimensiones de la salud con una perspectiva biológica, individual y social: Enfoque Biopsicosocial. En la actualidad la discapacidad es vista desde una perspectiva ecológica (integración persona-ambiente).¹

La salud como elemento fundamental del ser humano debe ser garantía indispensable de la calidad de vida a través de acciones como: la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, restauración de la salud y rehabilitación. De esta manera no se puede hablar de atención integral de la salud si la población con discapacidad no tiene acceso a la misma, la rehabilitación, debería de estar considerada como componente esencial de la Salud Pública siendo relevante para el logro de la equidad en salud.¹

Este estudio busca conocer qué ofrece el municipio de Florencio Varela correspondiente a la región sanitaria VI en atención kinésica de las personas con discapacidad motora, ya que según la literatura hoy en día el concepto de rehabilitación en salud pública no es considerado en la etapa final de la atención en salud que se encarga del manejo de las deficiencias y discapacidades ya instaladas, sino que su filosofía y concepto básico se basa en la prevención evitando así la discapacidad en función de su desempeño individual.¹

Como consecuencia este trabajo propone constituirse en un punto de partida para generar datos y elaborar futuras acciones tendientes a profundizar sobre discapacidad y

rehabilitación kinésica, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad del municipio de Florencio Varela, localidad que pertenece al primer cordón del conurbano bonaerense de la Región Sanitaria VI, quedando a disposición de la universidad.

VI. Marco Teórico

A. Discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (en adelante CIF), publicada en el año 2001 por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) utiliza un enfoque biopsicosocial que define a la discapacidad como toda limitación en la actividad y restricción en la participación, originada en la interacción entre la persona con una condición de Salud y los factores contextuales (entorno físico, humano, actitudinal y sociopolítico), para desenvolverse en su vida cotidiana, dentro de su entorno físico y social, según su sexo y edad. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas que pueden experimentar al involucrarse en situaciones vitales.²

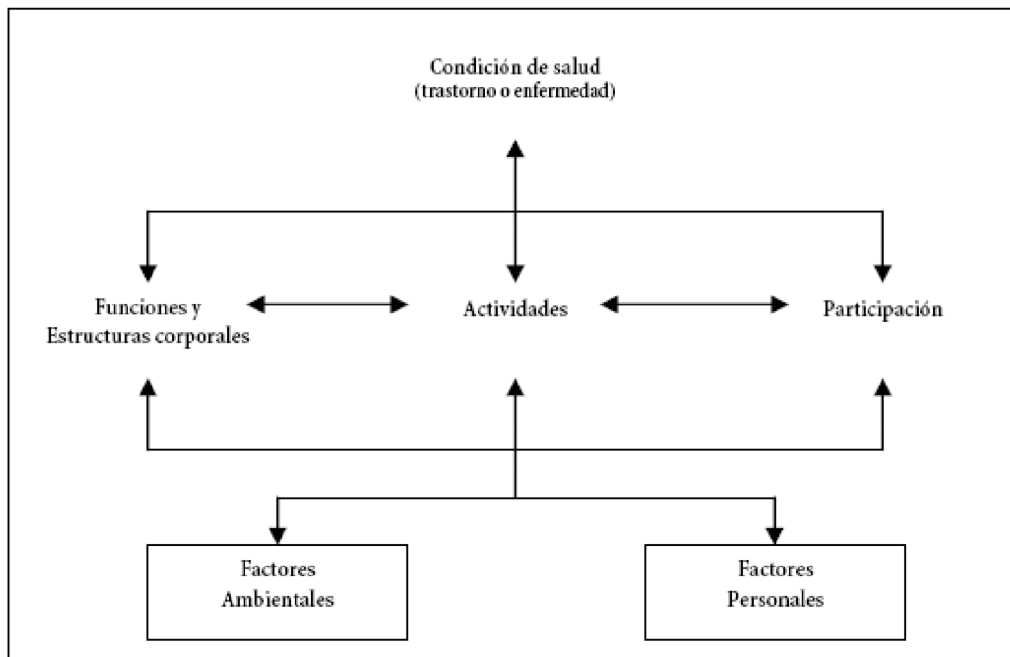


Imagen 1: Interacciones entre los componentes de la CIF. Extraída de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF

En el año 2006 se concreta la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD) que tiene como propósito promover, proteger y asegurar la integración plena y las condiciones de igualdad de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad (en adelante PcD). Cuando habla de PcD incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.^{4,5,6}

Por lo tanto, la discapacidad refleja una interacción entre las características del individuo y las características de la sociedad en la que este vive. Existen diferentes clasificaciones de discapacidad y esto es en función del tipo de problema en que se presenten dificultades, se establecen varios tipos de discapacidad: Motora, Sensorial, Intelectual, Psíquica, Visceral y Múltiple.⁷

B. Discapacidad motora

“Se considera discapacidad motora a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuro-musculo-tendinoso” (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales eficientes), y las limitaciones que presente el individuo a realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas. (Disposición N° 170/2012).^{8,9}

C. Persona con discapacidad

El artículo de la ley 22.431/81 establece: “Entiéndase por persona con discapacidad, a los efectos de la presente norma, a toda persona que padezca una alteración funcional permanente, transitoria o prolongada, física, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su adecuada integración familiar, social o laboral.”

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”⁵

D. Antecedentes de la medición de la discapacidad

La definición conceptual de las PcD y la puesta en práctica de dicho concepto, en busca de cuantificar y caracterizar a esta población, constituye el eje central de toda medición que se quiera realizar con el fin de generar información válida y confiable.¹⁰

1. Antecedentes internacionales

A nivel internacional, el artículo 31 de la CDPD y su protocolo facultativo (ONU, 2007) fomentan a generar información estadística de calidad que permita formular y aplicar políticas para mejorar la calidad de vida de las PcD. Se reconoce la importancia de contar con datos cuantitativos que contribuyan a evaluar aquellos factores que reafirmen, aseguren y garanticen el ejercicio de los derechos a todos los ciudadanos, y sostiene que su situación es una cuestión que debe interesar a todas las áreas vinculadas y, principalmente, a las PcD y a sus familias. Incluso, establece que el proceso de recopilación y mantenimiento de la información debe respetar la protección de datos, “a fin de asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad de las PcD”; cumplir con los principios éticos en la recopilación y el uso de estadísticas; desglosar la información recopilada y difundir la información estadística asegurando la accesibilidad para las personas con discapacidad y otras personas (ONU, 2007).^{5,11,12}

El Informe mundial sobre la discapacidad (OMS y BM, 2011), que evalúa la situación general de las PcD, hace referencia a la falta de datos como un factor que obstaculiza sus derechos.⁴

Asimismo, en el Examen de los informes presentados por los Estados partes respecto del artículo 35 de la Convención (ONU, 2012), el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad recomienda al Estado parte la recopilación, el análisis y la difusión de datos estadísticos, considerando especialmente a las personas con discapacidad que puedan estar sujetas a múltiples formas de exclusión e insta a elaborar indicadores que tomen en consideración el paso del modelo médico de la discapacidad al de derechos humanos.^{5,11}

2. Antecedentes nacionales

Cuantificar, conocer y establecer las necesidades de la población con discapacidad en el territorio nacional constituye un requerimiento sostenido históricamente en Argentina, ya que ello permite estimar la demanda de recursos que se requieren para su asistencia. Contar con información estadística resulta vital al momento de formular políticas públicas

que tengan en cuenta la prevalencia e intensidad de las dificultades y permitan abordajes sectoriales considerando la salud, la educación, el empleo y la planificación urbana, basados en las características de la población con discapacidad, de manera de favorecer una mayor integración.¹¹

Los primeros 5 censos nacionales de población de la Argentina (1869 hasta 1960) incluyeron esta temática y esto puso en evidencia lo relevante del tema y la necesidad de disponer de mediciones válidas y confiables.

Como actividad complementaria al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, se realizó la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002-2003, este relevamiento se constituyó en una experiencia de medición integral e integrada que aportó información específica sobre diferentes jurisdicciones.

A partir de dicha experiencia en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 se incorporó una pregunta para obtener información sobre la prevalencia de personas con dificultad o limitaciones permanentes y los tipos de dificultades. Este es el último dato disponible con el que se cuenta hasta el momento en Argentina.¹¹

E. Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud (en adelante APS) es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo alcanzable para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.¹³

La APS es un enfoque para la salud centrado en las necesidades y circunstancias de todas las personas y comunidades. Aborda la salud y el bienestar físico, mental y social de una forma global e interrelacionada. Brinda una atención integral de la persona para satisfacer las necesidades sanitarias a lo largo de su vida, no solo para determinadas enfermedades específicas. La atención primaria vela por que las personas reciban un tratamiento integral, desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la

rehabilitación y los cuidados paliativos, de una forma lo más ajustada posible a su entorno cotidiano.^{1, 13}

F. Rehabilitación

“Rehabilitación es la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo con el objeto que alcance la mayor capacidad funcional posible, tendiendo al logro de su máxima autonomía a los efectos de posibilitar una mayor integración a la sociedad”.¹⁴

La rehabilitación está comprendida como uno de los servicios esenciales definidos en cobertura universal.¹⁵

Desde siempre toda persona herida o con alguna incapacidad o dificultad motora, ha buscado restablecer el movimiento de su cuerpo, optimizar sus funciones y la posibilidad de permanecer inserto en la sociedad con la que convive.¹

En la actualidad se reconoce a la Rehabilitación como parte integral del tratamiento de enfermedades e incapacidades crónicas.¹

“La rehabilitación del paciente y de la PcD no es sólo una serie de técnicas restauradoras, es una filosofía de responsabilidad social”¹

Y aunque avance la ciencia, ofreciendo posibilidades de diagnósticos y recursos terapéuticos de última generación, muchas de las enfermedades que requieren de rehabilitación dependen de la evolución lenta que en ellas se van produciendo, esto hace que el abordaje de los pacientes no sea siempre atractivo en término de desafío y éxito.¹

Esto nos hace pensar en el rol del kinesiólogo y en la importancia social del accionar dentro del Equipo de Salud, sobre todo si tenemos en cuenta que la relación Kinesiólogo Paciente implica no solo una consulta esporádica sino un diálogo constante y generalmente a diario con el paciente y su familia.¹

Cuando se habla de Rehabilitación, la Kinesiología y Fisioterapia es la disciplina que posee el campo de acción más amplio dentro del proceso Salud-Enfermedad, ya que prácticamente no existe situación patológica o preventiva donde nuestra profesión no

represente un aporte significativo, y fundamentalmente dentro de un equipo interdisciplinario o transdisciplinario, ya que permite ampliar totalmente su espectro terapéutico-preventivo para beneficio de las personas.¹

La Rehabilitación trata de conseguir para las PcD la mayor capacidad física, mental, emocional, social, vocacional y económica de que sean capaces: la rehabilitación está dirigida a mejorar la totalidad del individuo y su calidad de vida.¹

1. Promoción y prevención

La promoción de la salud es "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud" ¹⁶, a través de la prevención y solución de las causas principales de los problemas de salud y no solo centrándose en el tratamiento y la curación. ¹⁷

De este modo, al educar a las personas sobre cómo mantener el control sobre su salud y protegerlas de los daños que causan las enfermedades, como resultado, se puede prevenir la aparición y el desarrollo de discapacidad.¹

Las estrategias de atención a la discapacidad están contenidas en el concepto de "prevención de la discapacidad", que a su vez combina el proceso de "recuperación de la salud" con la prevención de complicaciones, limitando así la pérdida de función de las personas con deficiencias ya instaladas. Toda esta población debe, recibir atención contemplada desde los niveles de promoción y prevención hasta la rehabilitación, de manera oportuna, adecuada y con base a los recursos con que cuenta, lo que nos acerca a lo que debe ser la Atención Integral en Salud en el manejo de las discapacidades. Vista de esta manera, la rehabilitación en salud no solamente abarcaría la atención al problema instalado, sino también su prevención, involucrando en esto tanto al sector salud como a todos los que componen la sociedad, como lo señala la Rehabilitación Integral. Conlleva entonces, entre sus principios para la acción, la intersectorialidad, descentralización, participación social y programación local. La consolidación de la Rehabilitación como componente esencial de la Atención Integral de Salud se hizo mandatario para los países cuando la OMS en su Noveno Programa General, Meta 7, señaló, "reducir las discapacidades evitables a través de medidas preventivas y rehabilitadoras apropiadas" y "Las discapacidades derivadas de las

deficiencias sensoriales, locomotoras y mentales serán significativamente reducidas entre grupos poblacionales insuficientemente atendido.¹

2. Rehabilitación de base comunitaria

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) es una estrategia de abordaje interdisciplinario y con perspectivas de derecho para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las PcD, centrada en mejorar la calidad de vida. La RBC se lleva a cabo mediante el esfuerzo conjunto de las PcD, sus familias, organizaciones y comunidades, y de los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes en salud, educación, trabajo, social y formación entre otras áreas.^{18, 19}

La RBC responde a lo propuesto en el artículo 19 de la CDPD “...*el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad*”⁵

G. Mapa poblacional

1. Mundial

En el año 2011 la OMS emite un informe mundial sobre la discapacidad, señalando que más de 1000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, es decir, alrededor del 15 % de la población mundial y el 80% vive en países en desarrollo, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en el funcionamiento. En América Latina y Caribe esa cifra correspondería a 85 millones de personas. La discapacidad en países en vías de desarrollo está relacionada con envejecimiento, malnutrición, enfermedades crónicas, baja calidad de asistencia perinatal, accidentes y violencia. Por un lado, los grupos de edad más avanzada corren mayor riesgo y, por otro lado, la discapacidad en la población infantil también alcanza una cifra considerable.^{4, 20}

En América Latina y el Caribe el tipo de discapacidad más prevalente es la motora en 90,9% de los países.²⁰

A pesar de que los datos sobre la prevalencia incluidos en el informe mundial sobre discapacidad se basan en los mejores conjuntos de datos disponibles a nivel mundial, no son cifras definitivas. Las autoridades de muchos países y los principales organismos internacionales están realizando esfuerzos para mejorar los datos sobre la discapacidad. Igualmente, es necesaria una mayor colaboración para mejorar la calidad de los datos y es imperioso recabar datos más sólidos, comparables y completos, especialmente en los países en desarrollo. Si bien mejorar los datos sobre discapacidad es una labor a largo plazo, el resultado será favorable y se logrará información esencial para mejorar el funcionamiento de las personas, las comunidades y las naciones. La CIF proporciona una plataforma común para la medición y la recopilación de datos sobre la discapacidad integral y confiable, tanto a nivel nacional como internacional.^{2,4}

A raíz del informe mundial sobre la discapacidad se proporcionan datos destinados a la formulación de políticas y programas innovadores que mejoren las vidas de las personas con discapacidad y faciliten la aplicación de la CDPD que está vigente desde mayo 2008.^{2,4,5}

Los autores resaltan que “pese a la magnitud del tema, no hay conciencia ni información científica suficiente acerca de la discapacidad”.⁴

2. República Argentina

En la República Argentina al 1 de julio 2020 se estima que habitan 45.376.763 personas²¹. El último censo nacional dice que el país tiene 40.117.096 habitantes, de los cuales 3.571.983 padecen algún tipo de discapacidad, cifra que equivale en forma estimada al 10,2% de la población según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (en adelante INDEC), condición que implica desigualdades en la participación social de este conjunto.

^{11, 22}

La prevalencia de dificultad en la población es de:

- 5,0% entre los 6 y 14 años.

- 4,8% entre los 15 y los 39 años.
- 12,1% entre los 40 y 64 años.
- 25,4% entre los 65 y 79 años.
- 46,6% a partir de los 80 años. ¹¹

En niños menores de 6 años la prevalencia de la población con dificultad indica que el 2,7% presentan limitación en la actividad o poseen Certificado único de discapacidad (en adelante CUD) vigente.

En cuanto al tipo de dificultad, entre la población con solo una discapacidad se observa que, en orden, la que más prevalece es la motora con un 25,2%, seguida por la visual, la auditiva y la mental – cognitiva. ²²

	ENDI 2002-2003 ⁽¹⁾	EAH 2011 ⁽¹⁾	Estudio 2018 ⁽²⁾
Total	100,0	100,0	100,0
Una dificultad	74,0	61,8	59,0
Solo motora	31,0	42,2	25,2
Solo visual	14,4	6,8	13,7
Solo auditiva	12,2	6,8	11,0
Solo mental-cognitiva	12,1	4,1	7,5
Solo del cuidado de sí mismo	-	0,2	0,7
Solo del habla y la comunicación	2,1	0,7	0,9
Solo con otra dificultad	2,1	1,0	-
Dos dificultades o más	26,1	38,2	30,5
Solo certificado de discapacidad	-	-	10,5

(¹) Porcentaje de **población total con dificultad** según cantidad y tipo de discapacidad.
(²) Porcentaje de **población con dificultad de 6 años y más** según cantidad y tipo de discapacidad.
Fuente: INDEC, elaboración propia en base a la ENDI 2002-2003; Dirección de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, Encuesta Anual de Hogares 2011 y Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, 2018.

Imagen 2: Población con discapacidad, dificultad o limitación permanente por tipo y cantidad de discapacidad/dificultad o limitación. Argentina. En porcentajes. Extraída de Identificación de la población con discapacidad en Argentina INDEC

Del total de la población con dificultad, el 48,8% indica tener dificultad motora, esta dificultad se divide en tres tipos: Motora inferior (para caminar o subir escaleras), motora

superior e inferior y solo dificultad superior (para agarrar objetos con sus manos y brazos).²²

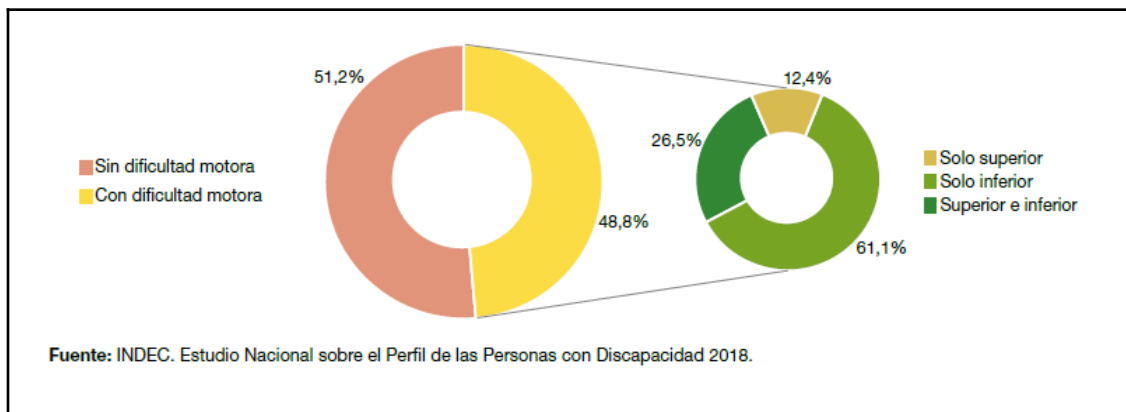


Imagen 3: Población con dificultad motora de 6 años y más, por tipo de dificultad motora. Extraída del Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad 2018

En el Registro Nacional de Personas con Discapacidad se encontró que durante el año 2018 fueron emitidos 244.764 CUD vigente, de ese total el 79,7% fueron certificadas con un tipo de deficiencia.²³

Las personas certificadas con deficiencia física motora alcanzaron el 26,5% y un 20,3% corresponde a personas certificadas con más de un tipo de deficiencia.²³

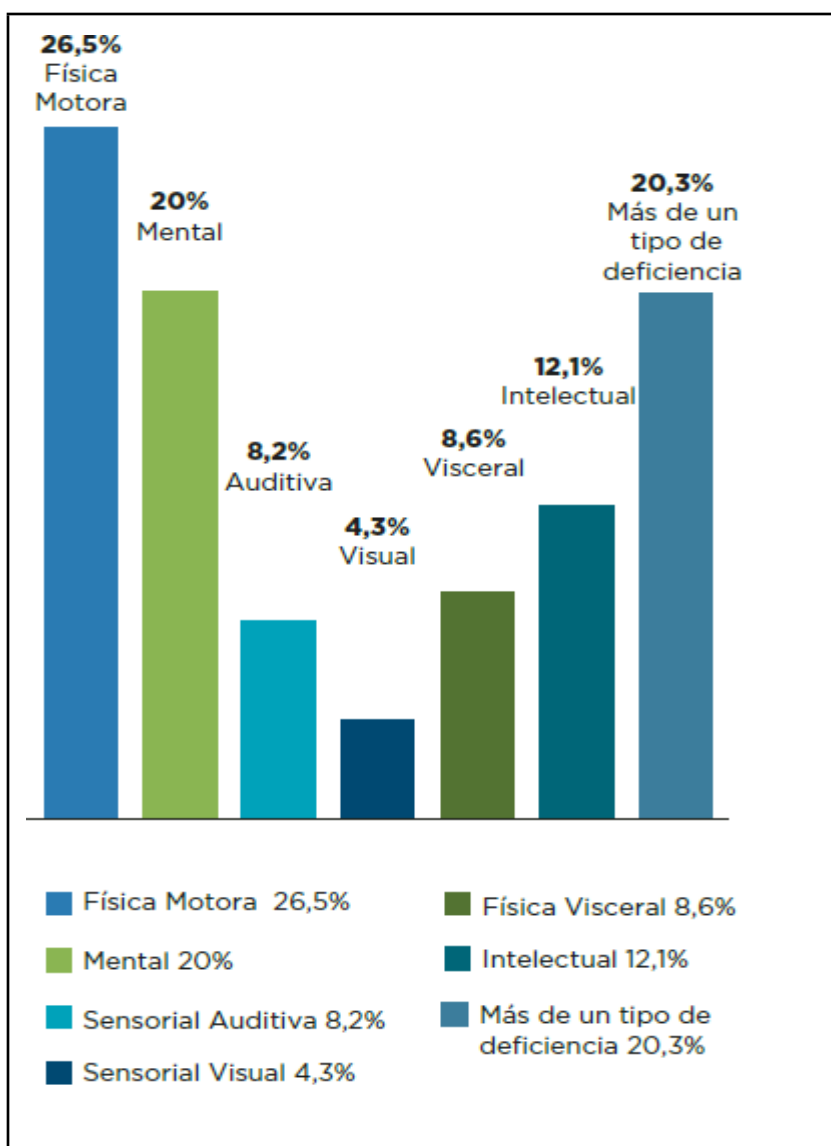


Gráfico 1 de personas certificadas por tipo de deficiencia. Fuente: Anuario Estadístico Nacional año 2018

3. Florencio Varela: información geográfica y demográfica.

El municipio de Florencio Varela está ubicado en la zona sur del Área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), está situado a 25 km de la ciudad de Buenos Aires y a 42 km de la ciudad de La Plata, cuenta con una superficie de 190 km². Las localidades que componen el partido son: Bosques, Estanislao Severo Zeballos, San Juan Bautista, Gobernador Julio

A. Costa, Ingeniero Juan Allan, Villa Brown, Villa San Luis, Villa Santa Rosa, Villa Vatteone y La Capilla.^{24, 25}

De acuerdo a los resultados del último censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 del INDEC, el municipio de Florencio Varela tiene una población total de 426.005 habitantes de los cuales 212.909 son varones y 213.096 son mujeres.^{24, 10} La densidad poblacional indica que viven 2.242,10 hab/km².^{24, 26}

En el año 2016 se realizó un estudio de proyecciones de población por municipios de la provincia de Buenos Aires, en la misma estima que en el año 2020 la población del partido de Florencio Varela es 517.082 habitantes.²⁷

En el año 2018 en el municipio de Florencio Varela se realizó una encuesta sobre la situación en discapacidad, se efectuó en 22 barrios de los 120 que conforman el municipio en la actualidad, en el último censo del año 2010 se encontró que los barrios de dicha localidad eran 91.²⁸ Dicha encuesta arrojó que el 10 % de la población tiene algún tipo de discapacidad, con lo cual se calcula que aproximadamente 51.708 personas tienen algún tipo de discapacidad.

En cuanto al tipo de discapacidad sobre el total de relevado, hay un 24,9% con discapacidad motora.

Los CUD emitidos en el municipio son aproximadamente 18.000 según la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) y se estima que hay un gran número de PcD sin CUD.

4. Infraestructura sanitaria

En el municipio de Florencio Varela hay dos (2) hospitales interzonales y 39 centros de atención primaria de la salud (CAPS), un hospital modular en el marco de la Red de Emergencia Sanitaria Federal COVID-19 y tres (3) escuelas de educación especial y un centro de formación integral CFI.

Los hospitales son:

- ❖ Hospital Nacional de Alta Complejidad “El Cruce”, Néstor C. Kirchner

❖ Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”

❖ Hospital Modular de Emergencia H11

Hospitales	Servicio de kinesiología	Consultorio de kinesiología	Kinesiología Motora	Rehabilitación	Población	Kinesiólogos
HEC	Atención a pacientes críticos y/o agudos internados en Terapia intensiva e intermedia	NO	Solo en caso de requerirse y durante la internación. (Su rol principal es AKR)	EL paciente no recibe rehabilitación luego del alta ya que el hospital corresponde al 3° nivel de atención	Pacientes en área crítica y en sala de internación Adultos y niños	18 y 1 suplente de Guardia.
Hospital "Mi Pueblo"	Atención a pacientes internados en UTI y sala. Estimulación temprana	Pacientes que no sobrepasen los 3/6 meses de evolución	Desde UTI, su pase a sala de internación y en consultorio externo	Pacientes en estado agudo ya que el Hospital corresponde al 2° nivel de atención	Pacientes traumatológicos, neurológicos y respiratorio/motor Adultos y Niños hasta 6 años	8
Hospital Modular H11	Atención a pacientes en UTI y sala intermedia	NO	Si se requiere y durante la internación. (Su rol principal es AKR)	Mientras dure la estadía en internación, ya que es un hospital modular de emergencia por COVID-19	Pacientes COVID-19 Solo adultos	14

○

Cuadro 1 de elaboración personal sobre atención kinésica en hospitales de Florencio Varela

Listado de CAPS:

- Centro de salud DON JOSÉ
 - BOSQUES NORTE (Villa Clara)
- EL PARQUE
- ING. ALLAN
- KM 26,700 (JULIO A. COSTA)
- LA CAPILLA
- Centro de Salud CAROLINA I
- LA CAROLINA II
- LA ESMERALDA
- LA ROTONDA
- LA SIRENA
- MALVINAS

- MARTIN FIERRO
- PADRE GINO
- PADRE MUGICA (EX-LUJÁN)
- PICO DE ORO
- PRESIDENTE PERÓN
- RICARDO ROJAS
- SAN EDUARDO
- SAN JORGE
- SAN NICOLÁS
- SAN RUDECINDO
- SANTA ROSA
- SANTO TOMÁS
- SARMIENTO
- CIC Cedepo
- CIC San Francisco
- VILLA ANGÉLICA
- VILLA ARGENTINA
- VILLA AURORA
- VILLA DEL PLATA
- VILLA HUDSON
- CAPS Spb Unidad 24
- VILLA MÓNICA
- Cs VILLA VATTEONE
- ZEBALLOS I
- ZEBALLOS II
- Centro integrador comunitario (CIC) El Rocío
- Unidad de Pronta Atención (U.P.A 11)

Centros de salud	Servicio de kinesiología	Consultorio de kinesiología	Kinesiología Motora	Rehabilitación	Población	Kinesiólogos
CAPS "Padre Gino"	NO	Escuela de columna - Intervención temprana	Si, caminata saludable, lumbalgias, dorsalgias y cervicalgias. Motores seculares neurológicos	Si, 2 veces por semana (10 horas semanales)	Adulto mayor y niños (45 días a 3 años)	1
CAPS "Villa Vateonne"	NO	Pacientes c/ patologías de columna y neurológicos adultos	Cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias. Motores neurológicos	Si, 4 veces por semana (20 horas semanales)	Adultos y niños Neurológicos crónicos adultos.	3

Cuadro 2 de elaboración personal Sobre atención kinésica en CAPS del Municipio de Florencio Varela

Escuelas de Educación Especial:

- E.E.E N° 501
- E.E.E N° 502
- E.E.E N° 503
- Centro de formación integral CFI

Escuelas de educación especial	Estudiantes	Tipo de discapacidad	Kinesiología motora	Rehabilitación	Equipos Técnicos
E.E.E. N° 501	Alumnos de 3 a 14 años y Atención temprana del desarrollo Infantil (ATDI) Desde 45 días a 3 años cumplidos y luego se integran en Nivel Inicial.	Discapacidad intelectual y trastornos emocionales severos (TES)	NO	NO	Asistente social, fonoaudiología y asistente educacional
E.E.E. N° 502	Alumnos de 3 a 14 años.	Servicio de intelectuales y de sordos e hipoacúsicos. Discapacidad visual en inclusión.	NO	NO	Asistente social, fonoaudiología y asistente educacional
E.E.E. N° 503	Alumnos de 3 a 14 años	Discapacidad neuro locomotora. Servicio agregado de escuela domiciliaria y hospitalaria	NO	NO	Asistente social, fonoaudiología, terapia ocupacional y asistente educacional
CFI	Alumnos mayores de 14 años hasta 18/21 años	Centro de formación integral	NO	NO	

Cuadro 3 de elaboración personal sobre Escuelas de Educación especial de Florencio Varela

5. Región Sanitaria VI

La Región Sanitaria VI está ubicada al noreste de la provincia de Buenos Aires, es una de las más extensas y más pobladas, estimando 3.747.486 habitantes, siendo que aproximadamente el 12% se concentra en el partido de Florencio Varela.^{24, 29, 30}

El municipio de Florencio Varela pertenece a la región sanitaria VI la cual integra a los municipios del primer cordón del conurbano bonaerense de la zona sur que limitan con la capital federal, Avellaneda y Lanús, y a siete del segundo cordón del conurbano: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lomas de Zamora y Quilmes.^{24, 29, 30}

Posee un complejo sistema de salud que engloba 21 hospitales de distinta complejidad, con dependencias provinciales, municipales y nacionales y así conforman un total de cuatrocientos establecimientos de primer nivel de atención, entendiéndose como tales Centro de Salud, UPA y Centro de Resolución intermedia.

Esta compleja conformación de efectores y la realidad sociodemográfica de los 9 municipios que componen la Región Sanitaria VI, hizo necesario tomar la decisión estratégica de subdividir la región en tres subregiones: Sur Centro, Sur Este y Sur Oeste.

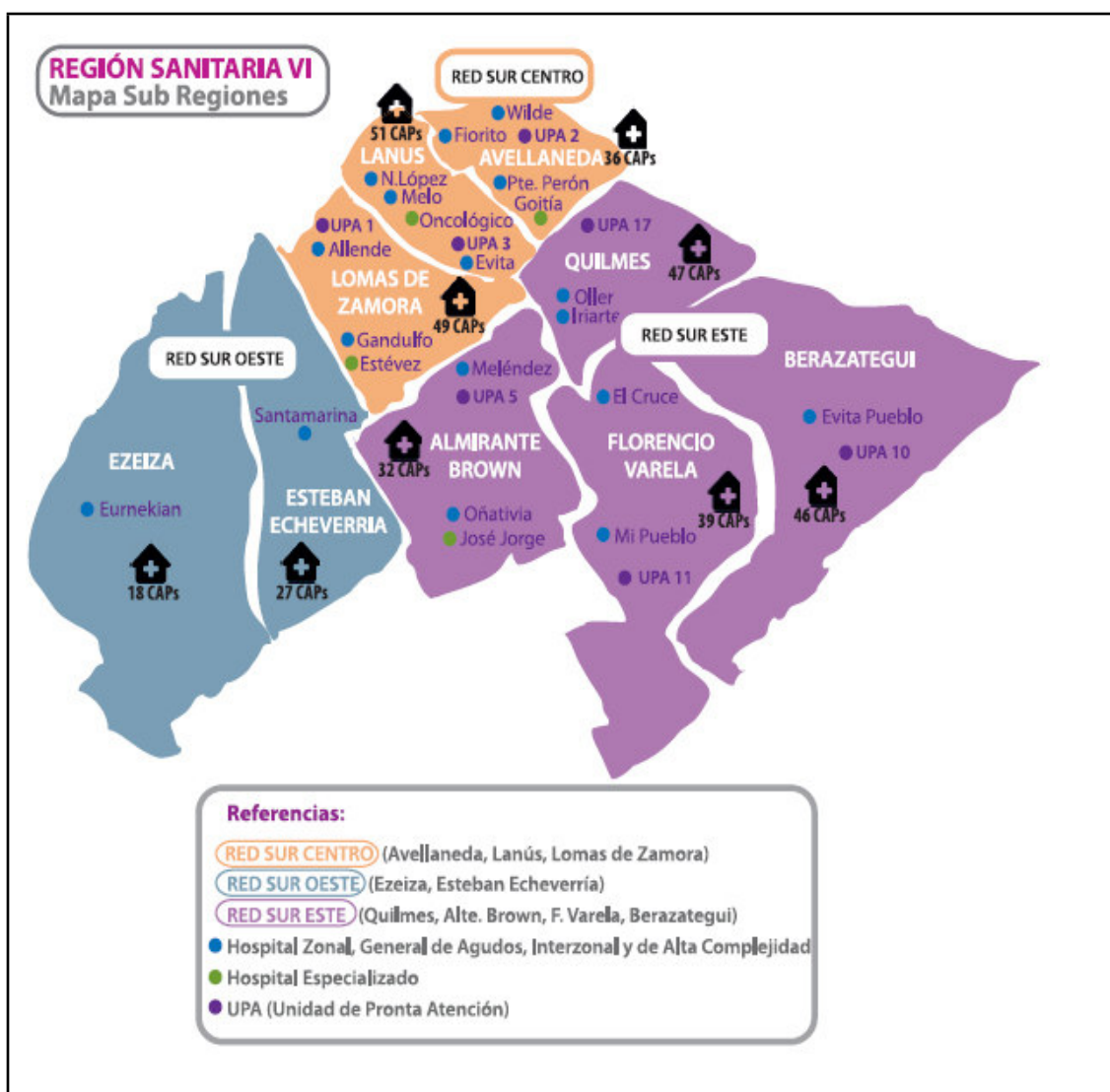


Imagen 4 Mapa de subregiones de la Región Sanitaria VI. Extraída de la Revista “La Sexta” publicación de la Región Sanitaria VI - diciembre 2015

Esta subdivisión tiene como objetivo facilitar el abordaje de las problemáticas sanitarias locales, dentro de los límites de la subregión y de forma articulada con todos los recursos de la Región Sanitaria VI, intentando la construcción de una red subregional integrada a la red regional.²⁹

La población de esta subregión ha crecido exponencialmente en los últimos años, alcanzando casi los dos millones de habitantes, lo que representa un 20% de todo el conurbano bonaerense.

La subregión Sur Este o también denominada Red Sudeste abarca los municipios de Almirante Brown, Quilmes, Florencio Varela y Berazategui. Esta subregión, fue la primera en conformarse y la puesta en funcionamiento del Hospital El Cruce “Néstor Kirchner” (a fines del año 2007), constituyó un elemento facilitador para esto ya que está organizada en torno al mismo e integrada por los hospitales provinciales de segundo nivel de complejidad Oñativia, Meléndez y Dr. Jorge de Alte. Brown; Evita Pueblo de Berazategui; Mi Pueblo de F. Varela; Dr. Oller y Dr. Isidoro Iriarte de Quilmes. Además, cuenta con 165 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), pertenecientes al primer nivel de complejidad y dependientes de los municipios.^{29, 31}

Al indagar sobre centro de salud con servicio de rehabilitación se encontró que el único hospital en toda la Región Sanitaria VI es:

◆ ***Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación “Dr. José María Jorge”***

Dirección: Pte. Perón N° 870 (Ex Gorriti N° 300) – Burzaco – Almirante Brown (B1852AEB)

Y cuando se buscó por la especialidad en kinesiología en la web aparece:

Especialidad: Kinesiología en Región Sanitaria VI	
EFECTOR	PARTIDO
Hospital 2 región sanitaria 6	Lanús
Hospital Evita	Lanús
Hospital Gandulfo	Lomas de Zamora
Hospital Jorge	Almirante Brown
Hospital Meléndez	Almirante Brown
Hospital Oñativia	Almirante Brown
Hospital Mi Pueblo	Florencio Varela
Padre Gino	Florencio Varela

Cuadro 4 de elaboración personal

VII. Estrategia metodológica

Para desarrollar el marco teórico se realizó una búsqueda de la literatura consultando las bases de datos Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scielo y Biblioteca electrónica Mincyt con las siguientes palabras clave: “Estudios de la Discapacidad”, “Discapacidad”, “Personas con Discapacidad”, “Rehabilitación”, “Terapia Física”, también en sitios web oficiales de organismos nacionales e internacionales:

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Comisión Económica Para América Latina y el Caribe, Instituto Nacional De Estadística y Censos, Agencia Nacional de Discapacidad, entre otros.

TERMINO	DECS	MESH	TEXTO LIBRE
#1	Personas con Discapacidad	Disabled persons	Personas con discapacidad
#2	Terapia Fisica	Physical Therapy Specialty	Terapia Fisica
#3	Estudios de la discapacidad	Disability Studies	Estudios de la discapacidad
#4	Rehabilitacion	Rehabilitation	Rehabilitacion

Para responder a los objetivos de la investigación, se realizó en primer lugar un relevamiento de las instituciones (centros de salud y hospitales) que cuentan con atención kinésica en la localidad de Florencio Varela, municipio que corresponde a la Región Sanitaria VI. Para ello se recurrió a distintas fuentes de información: bases de datos de la Secretaría de Salud y a la Dirección General de Políticas Inclusivas en Vejez y Discapacidad del municipio de Florencio Varela, Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires y en la Región Sanitaria VI.

A través de dos formatos de entrevistas semi estructuradas, se indago sobre el funcionamiento de los servicios de Kinesiología de hospitales y CAPS de dicho municipio y sobre la situación de la población con discapacidad de Florencio Varela, dichas entrevistas se realizaron a kinesiólogos/as que prestan servicios en las mencionadas instituciones en los que están incluidos la jefa del servicio del Hospital “El Cruce” y el jefe del servicio de rehabilitación del hospital “Mi Pueblo”; y al Director de Asistencia Directa a Personas con Discapacidad de la Dirección General de Políticas Inclusivas en Vejez y Discapacidad que se desarrolla en la órbita de la Secretaría de Desarrollo Social.

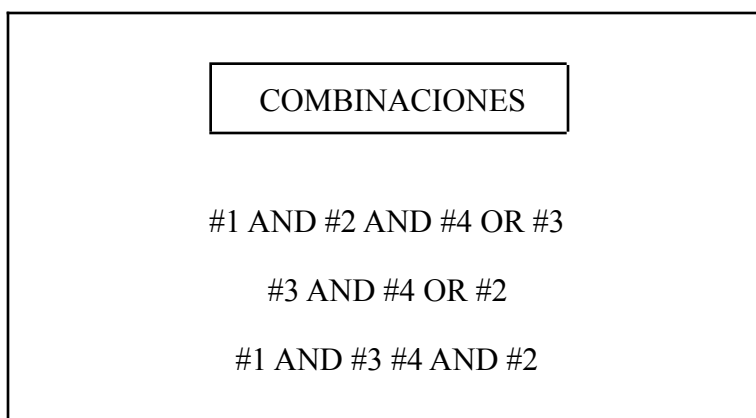
El presente trabajo se inserta dentro del tipo de tesina “informe de investigación”. La presente investigación es de tipo cuantitativa de carácter descriptiva no experimental, se

estimó la cantidad de población con discapacidad que hay en la localidad de Florencio Varela y se indago sobre los recursos que tiene el municipio para dar respuesta a dicha población.

En efecto con esta investigación se pretende aportar información para generar acciones que den solución a la necesidad de contar con asistencia kinésica motora para rehabilitación de personas con discapacidad.

VIII. Contexto de Análisis

Los términos seleccionados para la búsqueda fueron combinados de esta manera:



Los criterios fueron incluir trabajos publicados con una antigüedad no mayor a 10 años y la originalidad de los mismos.

Para la recolección de datos Se realizaron dos formatos de entrevistas semiestructuradas presenciales y mediante llamados telefónicos debido a la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) que dispuso el Gobierno Nacional mediante el Decreto N° 297/20, con el fin de proteger la salud pública frente a la propagación del nuevo coronavirus. Con autorización de los participantes a través de consentimiento informado con posterior tipeo y análisis de datos.

IX. Contexto actual: Pandemia mundial COVID-19

Debido a que este trabajo se realizó en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia mundial causada por el nuevo Coronavirus COVID-19 se decide hacer mención debido al impacto que tiene y se incluye como contexto actual la Debilidad adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos (en adelante ICU-AW por sus siglas en inglés) como una nueva morbilidad emergente de la discapacidad motora.

COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus, que se ha descubierto luego de que se produjera un brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente COVID-19 es una pandemia global declarada por la OMS que afecta a muchos países de todo el mundo.³²

A. Deficiencias físicas post Unidad de cuidados intensivos

En un paciente COVID-19 grave, las complicaciones tempranas más probables son el Síndrome de dificultad respiratoria aguda (en adelante, SDRA) y la sepsis/shock séptico, insuficiencia multiorgánica, enfermedad renal aguda y lesión cardíaca. Estas complicaciones contribuyen a la necesidad de ingresos en la Unidad de cuidados intensivos (en adelante, UCI).³³

La ICU-AW es un síndrome de debilidad muscular difusa y simétrica en pacientes críticos. Afecta al 26 - 65% de pacientes con ventilación mecánica por más de 5 días.^{34, 35} Abarca una variedad de trastornos musculares y de los nervios que puedan superponerse, incluidas polineuropatías, miopatías y atrofia por desuso.³⁵

La literatura demuestra que el 46% de los pacientes hospitalizados en UCI por SDRA presentaron polineuropatía por enfermedad crítica (en adelante CIP).³⁶

En la CIP se presenta un cuadro de debilidad con predominio en miembros inferiores relacionado con la enfermedad crítica, desde la fisiopatología se describe como una polineuropatía distal sensitiva motora de tipo axonal, de presentación simétrica predominando músculos respiratorios y extremidades inferiores.³⁵ Además causa dificultad para dejar la ventilación mecánica, debilidad generalizada y simétrica, atrofia y disminución o ausencia de reflejos tendinosos profundos.^{33, 36}

La miopatía por enfermedad crítica (en adelante, CIM) es una afección primaria con clínica similar a la descrita en CIP, presentando dificultades para retirarlo de la ventilación mecánica, flacidez de las extremidades y una posible disminución de los reflejos osteotendinosos profundos conservando la sensibilidad.^{35, 37}

La CIM, se presenta en el 48% -96% de los pacientes de la UCI con SDRA, es una miopatía difusa no necrotizante con degeneración grasa, atrofia de las fibras y fibrosis.³⁵

Si bien aún falta evidencia publicada sobre CIP y CIM en pacientes COVID-19, hay informes clínicos en Italia y Francia sobre la ICU-AW asociados a COVID-19. Por lo tanto, es muy probable que en esta enfermedad este problema también esté presente en la pandemia de COVID-19.³⁸

Las enfermedades críticas tienen efectos importantes una vez superado el periodo crítico, sobre el sistema neuromuscular. Las deficiencias físicas luego de estadías prolongadas en la UCI pueden durar meses o años y, por lo general, incluyen contracturas de las articulaciones y debilidad muscular sustanciales, con limitaciones asociadas en el funcionamiento físico. En el contexto de COVID-19, puede ocurrir miopatía relacionada con virus o medicamentos, junto con otras polineuropatía o miopatía asociadas con enfermedades críticas. Asimismo, los pacientes pueden moverse repetidamente entre las posiciones supina y prona con posible subluxación del hombro y lesión del plexo braquial, lo que lleva a secuelas en las extremidades superiores. También, la ventilación mecánica prolongada puede resultar en disfunción del diafragma, junto con lesión laríngea, disfagia y disfonía por intubación prolongada con tubo endotraqueal.³⁹

B. Rehabilitación para reducir la discapacidad y optimizar la independencia funcional

Cuando los pacientes obtienen el alta de la UCI y se hayan recuperado de los efectos respiratorios agudos del COVID-19 necesitarán más rehabilitación. En un estudio, el 30% de los pacientes hospitalizados con sepsis (que tiene una tasa de mortalidad similar a COVID-19) requirió atención en un centro; otro 20% requirió atención médica domiciliaria.⁴⁰

Dado que los programas de rehabilitación pueden ser efectivos para revertir la ICU-AW, los sistemas de salud deben planificar y proporcionar un acceso adecuado a las instalaciones de rehabilitación para los pacientes que requieren un tratamiento de rehabilitación tanto pulmonar como motora después del COVID-19.⁴⁰

La importancia de la rehabilitación después de COVID-19 se ha enfatizado de acuerdo con el marco de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. La OMS no tiene pautas de rehabilitación para pacientes post-COVID-19; sin embargo, la situación está evolucionando rápidamente y ya existen estudios con pautas de rehabilitación. Algunos pacientes pueden presentar una variedad de secuelas asociadas con la enfermedad viral y con una estadía prolongada en la UCI, posiblemente incluida la ventilación mecánica. Muchos tendrán comorbilidades preexistentes. Una evaluación exhaustiva y un plan de tratamiento individualizado y progresivo que se centre en la función, la discapacidad y el regreso a la participación en la sociedad ayudarán a cada paciente a maximizar su función.³³

La rehabilitación mejora los resultados en materia de salud de los pacientes COVID-19 y beneficia a los servicios de salud ya que puede reducir las complicaciones relacionadas con la internación prolongada en UCI con la finalidad de optimizar la recuperación del paciente y reducir la discapacidad que pueda experimentar.⁴¹

El profesional de rehabilitación podría desempeñar un papel importante de Salud pública, en la educación de los pacientes y las familias mediante la provisión de recomendaciones personalizadas basadas en evidencia.⁴²

En nuestro país se registraron 1.037.325 casos de COVID-19 positivos, de los cuales 840.520 son pacientes recuperados y 169.286 son casos confirmados activos.

Al 21 de octubre de 2020, fecha en la que se realiza la consulta, se notificaron 27.519 personas fallecidas. Los casos confirmados COVID-19 internados en UCI son 4573, esto arroja un porcentaje total de camas UCI adultos de: 64.4% Nación y 63.1% en AMBA.

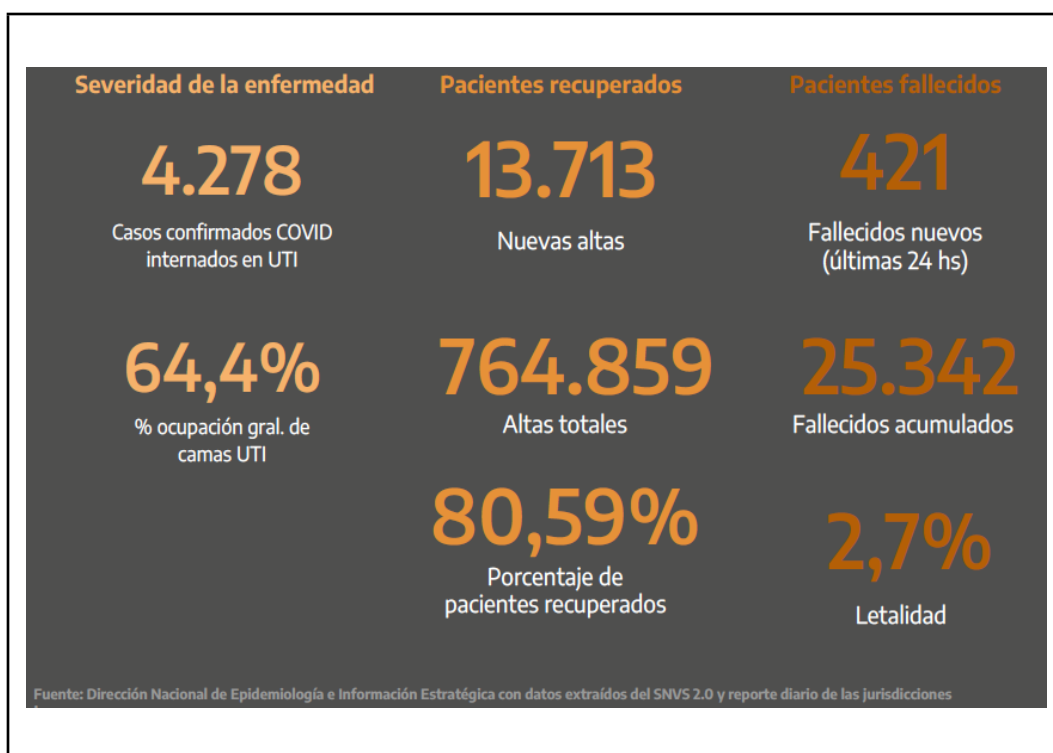


Imagen 5 extraída de Sala de situación COVID-19 Novedades al 15/10

En el municipio de Florencio Varela a los 15 días del mes de octubre se reportaron 13.811 casos en total y 1556 varelenses cursan la enfermedad.⁴⁴

Al indagar sobre qué ofrece el municipio de Florencio Varela para la rehabilitación motora de los pacientes Post UCI por COVID-19 grave, se observó que los servicios de kinesiología de los 3 hospitales se dedican a la rehabilitación respiratoria y motora durante el periodo de internación, poniendo énfasis en la Asistencia kinésica Respiratoria. De hecho, en ninguno de los hospitales antes mencionados se encontró como objetivo realizar rehabilitación motora en pacientes post COVID-19 luego del alta.

Cabe destacar a la Universidad Nacional de Hurlingham que inauguró su Centro de Rehabilitación Respiratoria (CRR) para el tratamiento de pacientes recuperados de COVID-19 con secuelas cardíacas y pulmonares. En el CRR la atención es gratuita y está a disposición del sistema de salud municipal, provincial y nacional para atención de pacientes

con secuelas respiratorias post COVID-19 y la recuperación de sus capacidades cardíacas y respiratorias.⁴⁵

Debido a la pandemia que estamos atravesando, y en función de los datos científicos ya disponibles, un gran porcentaje de los pacientes que requirieron internación, quedan con secuelas respiratorias, neuromusculares, trastornos deglutorios, problemas cognitivos y psíquicos.⁴⁵

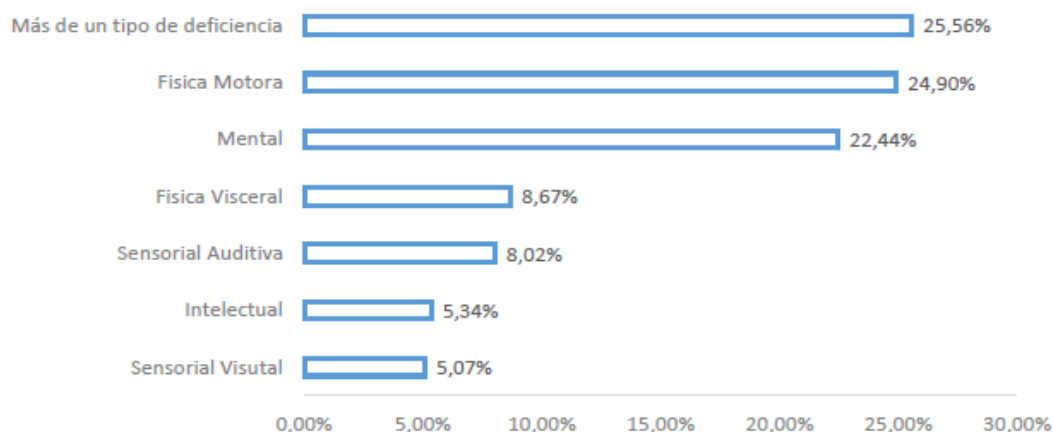
La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) convoca a participar del estudio SATI POST-COVID-19 “Calidad de vida relacionada a la salud y mortalidad en pacientes con COVID-19 post-UCI en Argentina” cuyo objetivo principal es analizar la calidad de vida relacionada a la salud y la mortalidad a los 6 meses y al año de los pacientes que hayan egresado vivos de la UCI con diagnóstico de COVID-19 y hayan requerido ventilación mecánica.⁴⁶

X. Resultados

En respuesta al interrogante inicial de la presente investigación: ¿Con qué recursos cuenta la ciudad de Florencio Varela que pertenece a la región sanitaria VI, según el organigrama del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, para dar respuesta a la población con discapacidad motora? es posible afirmar, luego del análisis, que los recursos son escasos en relación a la cantidad de personas con discapacidad que habitan en el municipio.

En la recolección de datos se puede observar que el 10% de la población relevada en la encuesta que realiza la Dirección de Políticas Inclusivas en Vejez y Discapacidad en el año 2018, tiene algún tipo de discapacidad y de ese total, el 24,9% tiene discapacidad motora.

Personas con Certificado Unico de Discapacidad según Tipo de deficiencia o más de un tipo de deficiencia

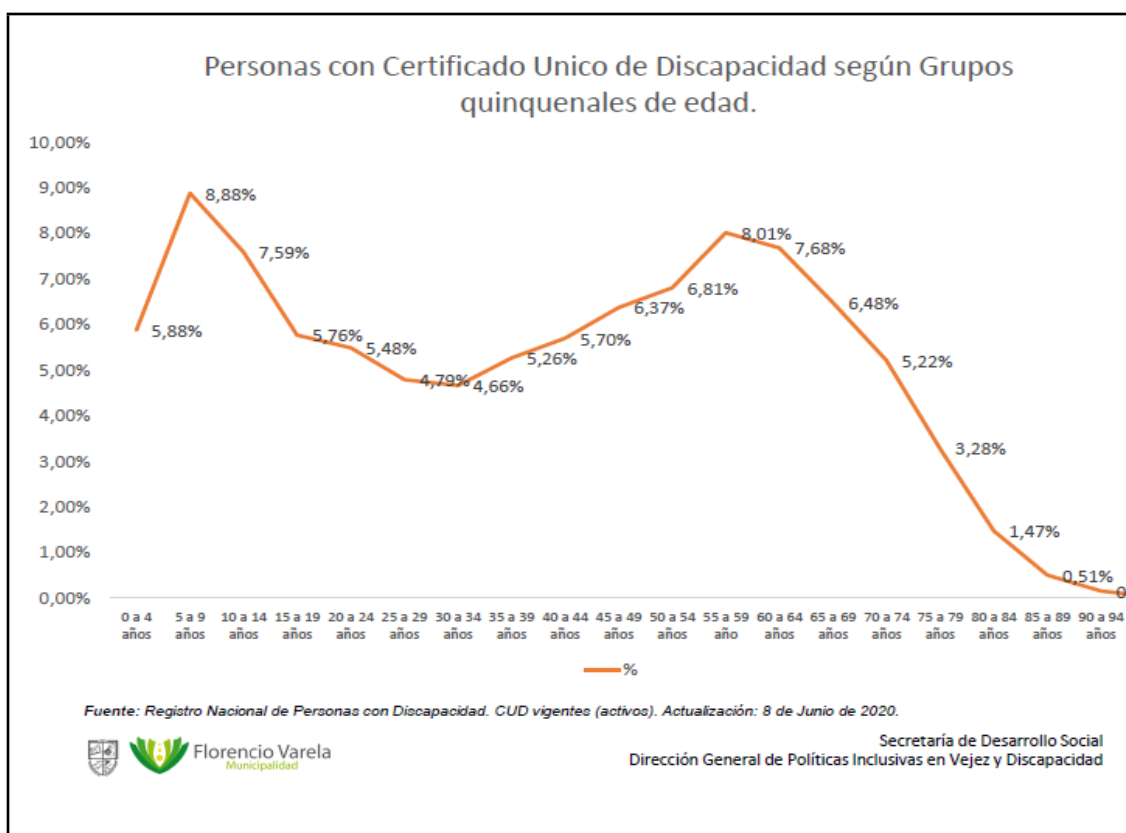


Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad. CUD vigentes (activos). Actualización: 8 de Junio de 2020.



Secretaría de Desarrollo Social
Dirección General de Políticas Inclusivas en Vejez y Discapacidad

De los miles de PcD que hay en el municipio, 18.000 tienen emitido el CUD según la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), se estima que hay un gran número de PcD que aún no tiene CUD.



Y respecto a la atención de salud que recibe la población con discapacidad se puede observar que un gran número de personas se atienden en sistema público de salud, 35% en hospitales y 12 % en Centros de Salud, mientras que un 30% no recibe atención, según la encuesta realizada en el año 2018 por la Dirección de Políticas Inclusivas en Vejez y Discapacidad.



Gráfico de elaboración personal de Personas con discapacidad por centros de atención

En el mes de junio se actualiza esa información y se puede observar que el 38,20% de la población con discapacidad con CUD activo se atiende en el Sistema de salud Público y el 8,57% tiene Programa Nacional y/o Provincial de Salud.



En las entrevistas realizadas a kinesiólogos que prestan servicios en la localidad de Florencio Varela, se observó que los 3 hospitales que cuentan con servicio de kinesiología brindan atención kinésica priorizando UCI, terapia intermedia y sala de internación a pacientes con patologías respiratorias y motoras durante el periodo de internación.

El Hospital zonal general de agudos “Mi Pueblo” brinda rehabilitación respiratoria y motora en UTI y sala de internación y una vez que el paciente es externado recibe tratamiento en el servicio en el estado agudo (de 3 a 6 meses de evolución) e intervención temprana en niños también en estado agudo en consultorio externo y luego se derivan al Hospital sub-zonal especializado en rehabilitación “Dr. José María Jorge” o al Hospital zonal especializado en crónicos “El dique” en La Plata. Se hace referencia que el hospital de rehabilitación Dr. José María Jorge es el único para este fin en toda la región sanitaria VI con lo cual los pacientes derivados en su mayoría no logran conseguir turno quedando en espera, sin tratamiento debido a la demanda de dicho hospital, mientras que cuando se

deriva al hospital “El dique” en la ciudad de La Plata ocurre lo mismo y se suma la barrera geográfica que impide al paciente continuar o sostener el tratamiento debido a la distancia.

El Hospital “El Cruce” Dr. Néstor Carlos Kirchner es un hospital de alta complejidad que responde al tercer nivel de atención, el servicio de kinesiología atiende pacientes críticos y en estado agudo con asistencia kinésica respiratoria (AKR) y motora (AKM) en UTI adultos, UTI pediátrica, Unidad Coronaria (UCO) y en este contexto de pandemia se suma el sector COVID-19 con 24 camas destinadas para tal fin. Una vez dado de alta el paciente vuelve al hospital que lo derivó o se va de alta a su domicilio y en la mayoría de los casos los pacientes requieren seguir con un tratamiento de rehabilitación y son derivados al hospital de rehabilitación “Dr. José María Jorge” el cual además de la demanda que tiene por ser el único en la región para tal fin, tiene determinadas particularidades, no acepta pacientes traqueotomizados, con gastrostomía, con úlceras por presión entre otras circunstancias, que por lo general son la casuística al egresar de la UCI.

El hospital modular de emergencia H11 atiende paciente COVID-19 exclusivamente, los kinesiólogos brindan asistencia kinésica respiratoria y motora a los pacientes internados en UTI e intermedia, el hospital no recibe pacientes ambulatorios y los pacientes que quedan con secuelas motoras importantes debido al reposo prolongado por la ventilación mecánica son derivados al hospital “Mi Pueblo”. Se hace referencia sobre la inexistencia en cuanto a programas de seguimiento o de rehabilitación para estos pacientes que requieren asistencia kinésica motora.

En los 3 hospitales la atención kinésica estaría representada de este modo: los 3 cuentan con servicios de kinesiología con asistencia respiratoria y motora durante la estadía de internación y el Hospital General de Agudos Mi Pueblo además suma consultorios de kinesiología y rehabilitación en estadios agudos de hasta 6 meses de evolución.

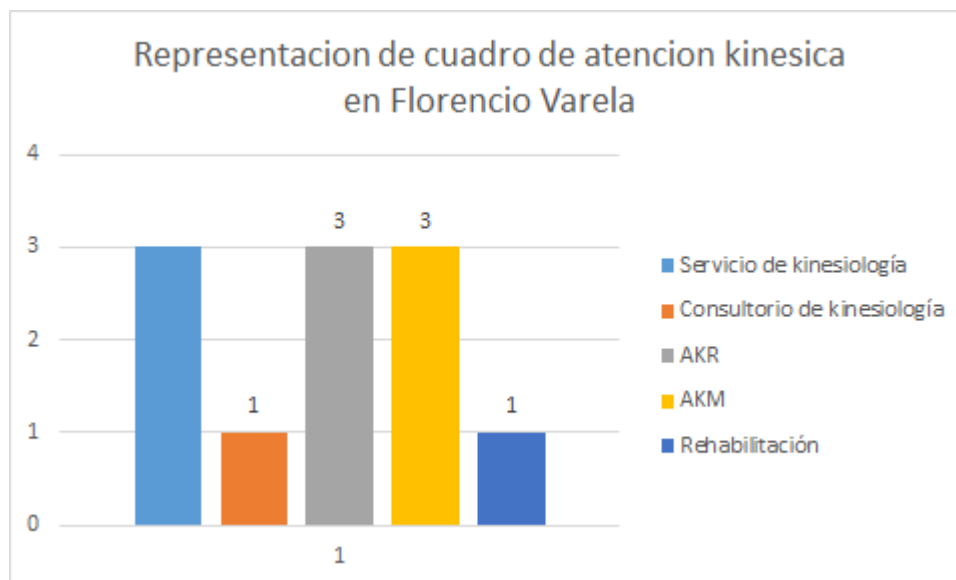


Gráfico 3 de elaboración personal sobre atención kinésica de los hospitales de Florencio Varela para pacientes internados y de rehabilitación solo en estadios agudos.

En cuanto a la rehabilitación post UCI por COVID-19, ninguno de los hospitales ofrece servicio de rehabilitación kinésica motora una vez que el paciente recibe el alta, los tres hospitales brindan atención kinésica respiratoria y motora de calidad durante la internación.

En Florencio Varela hay 39 CAPS de los cuales solo 2 tienen consultorio de kinesiología en estos centros de salud se brinda atención a adultos mayores, intervención temprana y escuela de columna. Acá se pudo observar que la demanda no llega a cubrirse debido a limitación en la cantidad de horas semanales para la atención kinésica y a la escasez de recurso humano ya que en uno de los CAPS son 3 kinesiólogas y en el otro solo una.

Los resultados obtenidos muestran que existe un déficit de centros de salud que brinden rehabilitación integral a personas con discapacidad motora.

Luego en la última instancia, aparecen las escuelas de educación especial; el municipio cuenta con 3 escuelas y un centro de formación integral (CFI). Estas

instituciones “complementan” la infraestructura sanitaria del municipio para atención de personas con discapacidad y en dos de ellas se asiste a niños con discapacidad motora, dado que en la E.E.E N° 501 funciona la Atención temprana del desarrollo infantil (ATDI) para niños desde los 45 días hasta los 3 años que a su vez son integrados al nivel inicial y la E.E.E. N° 503 absorbe la matrícula de niños con discapacidad neuro-locomotora, con un servicio agregado de escuela domiciliaria y hospitalaria hasta que el niño se incorpore nuevamente al colegio. Las escuelas tienen equipos técnicos conformados por asistentes sociales, fonoaudiólogos, asistente educacional y en el caso de la E.E.E N° 503 se suma a los mencionados terapia ocupacional. Estos equipos técnicos no realizan tratamientos ya que funcionan a modo de orientación familiar y detección para poder derivar al profesional que estimen corresponder. Se hace referencia a que no se puede sostener un tratamiento de rehabilitación debido a la gran cantidad de estudiantes que asisten, y a la escasez de recurso humano, ya que solo tienen 1 o 2 cargos por escuela.

XI. Conclusión

Tras culminar el recorrido del análisis de los datos obtenidos podemos sostener que el municipio de Florencio Varela, que forma parte de la Subregión Sudeste de la Región Sanitaria VI, tiene una necesidad visible en materia de rehabilitación kinésica motora para dar respuesta a la población con discapacidad que reside en dicha localidad. Es necesario generar nuevos conocimientos para producir cambios positivos y, de este modo, brindar una atención de alta calidad a los pacientes.

Tomando como base la CDPD y las leyes que en nuestro país están vigentes para proteger y asegurar la integración y las condiciones de igualdad de derechos humanos, todas las PcD tienen que poder tener acceso a recibir un tratamiento integral desde la promoción, la prevención y rehabilitación de una forma lo más ajustada posible a su entorno cotidiano. Es por ello que en este estudio se analizó, si las PcD que habitan en Florencio Varela tienen acceso a la rehabilitación luego del periodo agudo de la enfermedad, accidente o patología que le generó la deficiencia física o discapacidad motora, una vez que es externado de los hospitales que brindan atención kinésica

respiratoria y motora en el segundo y en el tercer nivel de atención. Y el resultado demuestra la inaccesibilidad a la rehabilitación por la ausencia de centros de rehabilitación, dado que la asistencia kinésica motora es escasa en relación a las PcD que necesitan rehabilitarse.

De acuerdo a los datos obtenidos en este trabajo, la población con discapacidad en su mayoría se atiende en el sistema público de salud, y más del 30% no tiene atención en rehabilitación dado que las derivaciones son al hospital “Dr. José María Jorge” en la localidad de Burzaco, que es la única institución creada para tal fin en la Región Sanitaria VI y al hospital “El dique” en la ciudad de La Plata, ambas instituciones tienen gran demanda y la distancia de ambos se transforma en una barrera geográfica muy difícil de sostener.

Así mismo, se puede afirmar que es de suma importancia que las personas con discapacidad motora reciban tratamiento rehabilitador para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, facilitar la participación en la vida social y alcanzar una vida satisfactoria y digna con la máxima independencia. Reducir la discapacidad conlleva a reducir los problemas a nivel de salud, social y económicos del municipio.

Además, se debe considerar que la realización de futuras investigaciones sobre la atención kinésica y/o rehabilitación motora de la población con discapacidad, ampliará el panorama y serían beneficiadas con el derecho a la salud física y mental. Padeecer una discapacidad es una experiencia que afecta enormemente la vida de quienes la sufren y que involucra además a la familia que convive con ellas.

El déficit de centros de rehabilitación provoca que una amplia mayoría de la población de la ciudad de Florencio Varela deba recurrir a resignarse, tanto por no poder acceder a la rehabilitación o por trasladarse a los servicios de kinesiología de hospitales ubicados en municipios vecinos.

Desde esta perspectiva, es vital tener en cuenta que, para llevar a cabo la rehabilitación de la población con discapacidad motora del municipio, además de la intervención kinésica sería apropiado un abordaje multidisciplinario donde el paciente pueda optimizar al máximo sus funciones.

En una interpretación intuitiva, se podría hipotetizar que el municipio de Florencio Varela necesita y estaría beneficiando a la población con discapacidad, a personas mayores o aquellas que tras un accidente necesiten algún tipo de terapia rehabilitadora para volver a sus actividades, con el desarrollo de un Centro de Rehabilitación Integral de niños y adultos que cuente con el apoyo de la Universidad Nacional Arturo Jauretche y articulación local, regional y nacional con el sistema de salud para dar respuesta a la población con discapacidad motora que vive en dicha localidad.

XII. Bibliografía

1. Vázquez Barrios A, Cáceres N. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. Paho.org. 2008 <https://www.paho.org/arg/publicaciones/otraspub/discapacidad.pdf>
2. Salud, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
3. Valencia L. Breve Historia de Las Personas Con Discapacidad (2017) | Invalidez | Hera. Scribd. Available from: <https://es.scribd.com/document/389679733/Breve-Historia-de-Las-Personas-Con-Discapacidad-2017>
4. Organización Mundial de la Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
5. Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2012). Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención. Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ginebra.
6. Hernández Ríos M. El Concepto de Discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. Scielo.org.co. 2015 <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a04.pdf>
7. Discapacidades. Organización Mundial de la Salud. 2020 <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
8. Personas con discapacidad y acceso a la atención a la salud | DELS. Salud.gob.ar. 2017. <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/personas-con-discapacidad-y-acceso-la-atencion-la-salud>
9. Salud.gob.ar. 2020 <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/47>
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Notas de Población, N° 100, (LC/G.2640-P), Santiago de Chile. Repositorio.cepal.org. 2015 https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38514/1/S1500199_es.pdf

11. Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados definitivos 2018 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) Argentina Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C.
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf
12. Massé G, Rodríguez Gauna M. La discapacidad en América Latina: reflexiones en torno a la medición de un fenómeno complejo en una región demográfica heterogénea. Repositorio.cepal.org. 2020
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/38528?show=full>
13. Atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud.
https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
14. Atención médica y rehabilitación. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/disabilities/care/es/>
15. Rehabilitación - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Paho.org. 2020 <https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion>
16. Promoción de la Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Paho.org. <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
17. ¿Qué es la promoción de la salud? Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
18. Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Argentina.gob.ar
<https://www.argentina.gob.ar/andis/rehabilitacion-basada-en-la-comunidad-rbc>
19. Rehabilitación basada en la comunidad (RBC). Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/disabilities/cbr/es/>
20. Naves-Silva P, Álvarez-Martín E. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. Ciência & Saúde Coletiva. 2014;19(12):4889-4898.
21. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. Indec.gob.ar. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-24>
22. Identificación de la población con discapacidad en la Argentina: aprendizajes y desafíos hacia la ronda censal 2020. Indec.gob.ar.
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/discapacidad_ronda_censal_2020.pdf
23. Anuarios Estadísticos Nacionales [Internet]. Argentina.gob.ar. 2020. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/andis/anuarios-estadisticos-nacionales>
24. Proyecto "Estilos de vida más saludables" I fase: Estudio de terreno. Iadsargentina.org. 2013
<http://www.iadsargentina.org/pdf/InformeFinalFLORENCIOVARELA.pdf>
25. Observatorio Metropolitano. Observatorioamba.org.
<http://www.observatorioamba.org/planes-y-proyectos/partidos-rmba/florencio-varela#:~:text=FlorencioVarelase0ubicaen,AlmiranteBrownySanVicente>
26. Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010. Censo del bicentenario.
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf

27. Proyecciones de población por municipio provincia de Buenos Aires 2010-2025. Estadística.ec.gba.gov.ar. 2016.
http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Proyecciones_x_municipio_2010-2025.pdf
28. Florenciovarela.gov.ar
<http://www.florenciovarela.gov.ar/tramites/archivos/poblacion.pdf>
29. Region6.com.ar. 2015 http://region6.com.ar/adjuntos/revista/10.La_Sexta.pdf
30. Regiones Sanitarias | Provincia de Buenos Aires [Internet]. Gba.gob.ar. 2020
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/regiones_sanitarias
31. Hospitalelcruce.org.
<https://www.hospitalelcruce.org/redsudeste/images/revistared/redsudesterevista.pdf>
32. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) Who.int.2020
<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
33. Sheehy LM. Consideraciones para la rehabilitación post aguda para sobrevivientes de COVID-19. Encuesta de salud pública de la JMIR. 8 de mayo de 2020; 6 (2): e19462. doi: 10.2196 / 19462. PMID: 32369030; PMCID: PMC7212817.
34. Lönnqvist PA, Bell M, Karlsson T, Wiklund L, Höglund AS, Larsson L. Does prolonged propofol sedation of mechanically ventilated COVID-19 patients contribute to critical illness myopathy? Hno. J Anaesth. Septiembre de 2020; 125 (3): e334-e336. doi: 10.1016 / j.bja.2020.05.056. Publicación electrónica del 10 de junio de 2020 PMID: 32600801; PMCID: PMC7284264.
35. Villalba D, Carini F. Rehabilitación física en la UCI. Sati.org.ar. 2018.
<https://www.sati.org.ar/images/RehabilitacioonfisicaenlaUCICSyR2018.pdf>
36. Recuperación y resultados después del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) en pacientes y sus familiares cuidadores. *Herridge MS, Moss M, Hough CL, Hopkins RO, Rice TW, Bienvenu OJ, Azoulay E* Med de cuidados intensivos. 2016 mayo; 42 (5): 725-738.
37. Enciso C, Ojeda E, Castro F. Polineuropatía y miopatía en el paciente crítico. Revisión de la literatura. Repert. Med. Cir. 1 de septiembre de 2013 (3):158-67. Disponible: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/762>)
38. Carda S, Invernizzi M, Bavikatte G, Bensmaïl D, Bianchi F, Deltombe T, Draulans N, Esquenazi A, Francisco GE, Gross R, Jacinto LJ, Moraleda Pérez S, O'dell MW,

- Reebye R, Verduzco-Gutierrez M, Wissel J, Molteni F. COVID-19 pandemic. What should Physical and Rehabilitation Medicine specialists do? A clinician's perspective. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020 Aug;56(4):515-524. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06317-0. Epub 2020 May 19. PMID: 32434314.
39. Hosey MM, Needham DM. Sobrevivencia después de estadía en UCI por COVID-19. *Primers Nat Rev Dis*. 15 de julio de 2020; 6 (1): 60. doi: 10.1038 / s41572-020-0201-1. PMID: 32669623; PMCID: PMC7362322.
 40. Bagnato S, Boccagni C, Marino G, Prestandrea C, D'Agostino T, Rubino F. Miopatía por enfermedades críticas después de COVID-19. *Int J Infect Dis*. 2020 5 de agosto; 99: 276-278. doi: 10.1016 / j.ijid.2020.07.072. Publicación electrónica antes de la impresión. PMID: 32763444; PMCID: PMC7403134.
 41. Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19. *Iris.paho.org* 2020
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52104/OPSNMHMHCovid-19200010_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
 42. Simpson, Robert PhD, MBChB; Robinson, Larry MD Después de la rehabilitación de enfermedades críticas en personas con COVID-19 Infección, *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*: junio de 2020 - Volumen 99 - Número 6 - p 470-474 doi: 10.1097 / PHM.0000000000001443
 43. Octubre de 2020. *Argentina.gob.ar*. 2020. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes/octubre2020>
 44. Municipalidad de Florencio Varela. *Varela.gov.ar*. 2020. Available from: http://www.varela.gov.ar/prensa/nota.aspx?not_id=90713
 45. La Universidad inauguró su Centro de Rehabilitación Respiratoria para el tratamiento de pacientes recuperados de COVID-19 | UNAHUR - Universidad Nacional de Hurlingham.. *Unahur.edu.ar*. 2020. Available from: <http://www.unahur.edu.ar/es/la-universidad-inauguro-su-centro-de-rehabilitacion-respiratoria-para-el-tratamiento-de-pacientes>
 46. Estudio SATI - Post/Coronavirus -Calidad de vida relacionada a la salud y mortalidad en paciente con COVID-19 post-UCI en Argentina [Internet]. *Sati.org.ar*. 2020.

<https://sati.org.ar/index.php/2-uncategorised/1357-estudio-sati-post-coronavirus-calidad-de-vida-relacionada-a-la-salud-y-mortalidad-en-paciente-con-covid-19-post-uci-en-argentina>

XIII. Anexos

Anexo #1

Proyecto de propuesta de intervención

Centro de rehabilitación integral para adultos y niños con discapacidad motora del municipio de Florencio Varela.

Presentación del proyecto

El proyecto se sitúa en el contexto local y tiene como propósito abordar a las personas con discapacidad motora, las cuales son un grupo muy importante dentro del municipio de Florencio Varela. Es deber de toda comunidad de individuos contar con centros de rehabilitación especialmente diseñados, que ofrezcan los servicios adecuados a personas con discapacidades motoras, neurolocomotoras y físicas y de esta manera rescatar la dignidad humana con un concepto de rehabilitación integral, creando condiciones favorables para la integración social de las personas con discapacidad y sus familias.

El objetivo principal es proyectar un centro de rehabilitación integral en vinculación con la universidad para la población con discapacidad física- motriz de dicho municipio, que atienda en forma personalizada a los pacientes que así lo requieran, contribuyendo a disminuir la demanda y la necesidad que existe en esta zona, ayudando a romper barreras administrativas, culturales, geográficas financieras y arquitectónicas que impidan el proceso de participación de los individuos en la sociedad; con infraestructura y ambientes especializados que incluyan aspectos sociales, familiares y laborales, incentivar la práctica de disciplinas deportivas y/ artísticas, que beneficien a esta población y de este modo responder al déficit de dichos centros en el municipio de Florencio Varela.

El Centro de Rehabilitación tendría como característica el abordaje interdisciplinario que permite obtener una visión global para la rehabilitación motriz y neuromotriz de los pacientes pediátricos - adultos y sus familias.

Una institución con base fija con un servicio de diagnóstico, tratamiento e investigación de patologías orientadas a la rehabilitación funcional y quirúrgica y a la vez mover a los profesionales a los diferentes CAPS en determinados días y horarios para que todos tengan acceso y la población reciba la atención adecuada. Con el compromiso social de facilitar la atención de las personas que más lo necesitan.

El equipo multidisciplinario de profesionales estaría conformado para trabajar en Consultorios Externos y Servicios Especializados (Kinesiología y fisiatría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Ortesis y Prótesis, Psicología, Psicopedagogía, Psiquiatría, Traumatología, Neurología, Neuroortopedia, Pediatría, Terapias Holísticas y Terapias Manuales).

La población con discapacidad motora de Florencio Varela se beneficiará con un centro de rehabilitación integral que pueda cubrir sus necesidades y surgir para dar respuesta a la población que no tiene acceso a la rehabilitación, con tecnología y equipamiento adecuado para brindar tratamiento de rehabilitación funcional y quirúrgica a pacientes con afecciones neuroortopédicas y traumatológicas. Desempeñar un rol docente en áreas y disciplinas vinculadas a la rehabilitación con el apoyo de la Universidad Nacional Arturo Jauretche y articulación local, regional y nacional con el sistema de Salud.

Anexo #2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente entrevista es a fines de recabar información para luego desarrollar el Trabajo final para acceder al título de grado de la carrera Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

El objetivo de este estudio será identificar los centros de salud que ofrezcan servicios de rehabilitación en el municipio de Florencio Varela perteneciente a la región sanitaria IV para dar respuesta a la población con discapacidad motora.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizarán preguntas sobre temas relacionados al municipio de Florencio Varela, sus centros de salud y su población con discapacidad. Lo que se manifieste durante la sesión se transcribirá para exponer las ideas que usted haya expresado. Lo dialogado en la entrevista, será estrictamente confidencial, es decir, será una información sólo conocida por parte de quien lleva adelante dicho trabajo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él; igualmente podrá conocer los resultados finales del mismo y podrá retirarse o negarse a responder cualquier pregunta que usted considere prudente omitir la respuesta.

Acepto participar voluntariamente en esta entrevista.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito diferente al de esta investigación. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, sin que esto acarree perjuicio alguno para mí.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Anexo #2

Entrevista (semi-estructurada)

Dirección General de Políticas inclusivas en Vejez y Discapacidad del municipio de Florencio Varela

- Nombre:

- ¿Cuál es su cargo y/o rol en la Dirección de vejez y discapacidad del municipio de Florencio Varela?

- ¿Desde cuándo ocupa este cargo?

- A modo introductorio: ¿Qué rol cumple la Dirección de vejez y discapacidad en la comunidad?

- ¿Se realizan encuestas/censos sobre la situación en discapacidad? ¿Se realizan en todo el municipio?

- En caso de que la respuesta anterior sea sí: ¿Se podría estimar el número total de encuestados?

- ¿Podría estimar cuántas personas con discapacidad tiene el municipio?

- ¿Hay registros (encuestas/censos) de cuantas personas con discapacidad motora tiene el municipio?

- ¿Qué podría aportar sobre el tipo de atención de salud que recibe la población con discapacidad?

- ¿De las personas con discapacidad cuántas tienen Certificado único de discapacidad (CUD)? ¿Dónde se otorga el CUD?

Anexo #3

Entrevista a kinesiólogos de los servicios de Kinesiología de Florencio Varela (Semiestructurada)

¿En qué centro de salud presta servicios?

¿Qué tipo de población atiende el servicio de kinesiología del hospital / centro de salud?

¿El servicio ofrece asistencia kinésica motora (AKM)?

¿En el servicio de kinesiología se hace rehabilitación a población con discapacidad motora?

¿Cuáles son los lugares a donde se derivan los pacientes con alguna discapacidad motora que requieren de rehabilitación kinésica?

Anexos #4

CUD

El Certificado Único de Discapacidad o CUD es un documento público de validez nacional emitido por una junta evaluadora interdisciplinaria que certifica la discapacidad de la persona. El CUD es un documento inviolable e intransferible que cuenta con número único, código de barras y logo institucional.

Para constatar la veracidad de este certificado, consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar

CERTIFICADO N°:
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRES:	N° CIUTAGIAL:	FNACIMIENTO:
DIAGNOSTICO: DIAGNOSTICO FUNCIONAL: FUNCIONES CORPORALES: ESTRUCTURAS CORPORALES: ACTIVIDAD / PARTICIPACION: FACTORES AMBIENTALES:		
ORIENTACION PRESTACIONAL:		
VENCIMIENTO:		
El presente certificado tiene validez hasta el:		
El presente certificado es contenido de la evaluación de la capacidad laboral.		
ACOMPASANTE: En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiere, el pase indica que también se cubra al acompañante.		
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN Lugar: _____ Fecha emisión: _____		
EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:		
PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello

Para constatar la veracidad de este certificado, consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
 APELLIDO: _____
 NOMBRES: _____
 TIPO/NRO DOCUMENTO: _____
 FECHA NACIMIENTO: _____
 EMITIDO POR: _____

NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

FECHA EMISION	FECHA VTO	ACOMPASANTE
PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL

<https://www.argentina.gob.ar/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud>

Anexo #5

LEY N° 22.431 Sistema de protección integral de los discapacitados

El presidente de la Nación Argentina SANCIONA Y PROMULGA CON FUERZA DE LEY:

TÍTULO I: Normas generales

CAPÍTULO I: Objetivo, concepto y calificación de la discapacidad

Artículo 1° - Instituyese 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. 2° - 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. 3° - La AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, dependiente de la SECRETARÍA GENERAL de la PRESIDENCIA DE LA NACIÓN, certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado e indicará, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar.

El certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional, en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente Ley.

Idéntica validez en cuanto a sus efectos tendrán los certificados emitidos por las provincias adheridas a la Ley N° 24.901, previo cumplimiento de los requisitos y condiciones que se establezcan por reglamentación.

(Artículo sustituido por art. 8° del [Decreto N° 95/2018](#) B.O. 02/02/2018. Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial)

CAPÍTULO II: Servicios de asistencia, prevención, órgano rector

Art. 4° - El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, 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.

d) Regímenes diferenciales de seguridad social.

e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos 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.

(Primer párrafo sustituido por art. 3 de la [Ley N°24.901](#) B.O. 5/12/1997)

Art. 5° - Asignarse al Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente 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 atención 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

(Expresión 'Ministerio de Bienestar Social de la Nación' sustituida por la expresión 'Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación' por art. 4 de la [Ley N° 25.635](#) B.O. 27/8/2002)

TITULO II: Normas especiales

CAPÍTULO I: Salud y asistencia social

Art. 6° - El Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación pondrá 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. Promoverá también la creación de talleres protegidos terapéuticos y tendrán a su cargo su habilitación, registro y supervisión.

(Expresión 'Ministerio de Bienestar Social de la Nación' sustituida por la expresión 'Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación' por art. 4 de la [Ley N° 25.635](#) B.O. 27/8/2002. Expresión 'Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, derogada por art. 6 de la misma ley.)

Art. 7° - El Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente 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.

(Expresión 'Ministerio de Bienestar Social de la Nación' sustituida por la expresión 'Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación' por art. 4 de la [Ley N° 25.635](#) B.O. 27/8/2002)

CAPÍTULO II: Trabajo y educación

Art. 8° - El Estado nacional —entendiéndose por tal los tres poderes que lo constituyen, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos— están obligados a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas.

El porcentaje determinado en el párrafo anterior será de cumplimiento obligatorio para el personal de planta efectiva, para los contratados cualquiera sea la modalidad de contratación y para todas aquellas situaciones en que hubiere tercerización de servicios. Asimismo, y a los fines de un efectivo cumplimiento de dicho 4% las vacantes que se produzcan dentro de las distintas modalidades de contratación en los entes arriba indicados deberán prioritariamente reservarse a las personas con discapacidad que acrediten las condiciones para puesto o cargo que deba cubrirse. Dichas vacantes deberán obligatoriamente ser informadas junto a una descripción del perfil del puesto a cubrir al Ministerio de Trabajo, Empleo y Formación de Recursos Humanos quien actuará, con la participación de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas, como veedor de los concursos.

En caso de que el ente que efectúa una convocatoria para cubrir puestos de trabajo no tenga relevados y actualizados sus datos sobre la cantidad de cargos cubiertos con personas con discapacidad, se considerará que incumplen el 4% y los postulantes con discapacidad podrán hacer valer de pleno derecho su prioridad de ingreso a igualdad de mérito. Los responsables de los entes en los que se verifique dicha situación se considerará que incurren en incumplimiento de los deberes de funcionario público, correspondiendo idéntica sanción para los funcionarios de los organismos de regulación y contralor de las empresas privadas concesionarias de servicios públicos.

El Estado asegurará que los sistemas de selección de personal garanticen las condiciones establecidas en el presente artículo y proveerá las ayudas técnicas y los programas de capacitación y adaptación necesarios para una efectiva integración de las personas con discapacidad a sus puestos de trabajo.

(Artículo sustituido por [Ley N° 25.689](#) B.O. 3/1/2003)

Art. 8° bis.- Los sujetos enumerados en el primer párrafo del artículo anterior priorizará, a igual costo y en la forma que establezca la reglamentación, las compras de insumos y provisiones de aquellas empresas que contraten a personas con discapacidad, situación que deberá ser fehacientemente acreditada.

(Artículo incorporado por [Ley N° 25.689](#) B.O. 3/1/2003)

Art. 9° - 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 el Ministerio de Salud de la Nación, dispuesta en el artículo 3°. Dicho ministerio fiscalizará además lo dispuesto en el artículo 8°.

(Expresión 'Secretaría de Estado de Salud Pública' sustituida por la expresión 'Ministerio de Salud de la Nación' por art. 3 de la [Ley N° 25.635](#) B.O. 27/8/2002)

Art. 10. - Las personas discapacitadas que se desempeñen en los entes indicados en el artículo 8°, gozarán de los mismos derechos y estarán sujetas a las mismas obligaciones que la legislación laboral aplicable prevé para el trabajador normal.

Art. 11. - EL Estado Nacional, los entes descentralizados y autárquicos, las empresas mixtas y del Estado 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.

(Artículo sustituido por art. 1 de la [Ley N°24.308](#) B.O. 18/1/1994).

(Expresión 'Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, derogada por art. 6 de la [Ley N° 25.635](#) B.O. 27/8/2002)

Art. 12. - El Ministerio de Trabajo apoyará la creación de talleres protegidos de producción y tendrá a su cargo su habilitación, registro y supervisión. Apoyará también la labor de las personas discapacitadas a través del régimen de trabajo a domicilio.

El citado ministerio propondrá al Poder Ejecutivo nacional el régimen laboral al que habrá de subordinarse la labor en los talleres protegidos de producción.

Art. 13. - El Ministerio de Educación de la Nación 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, aun cuando ésta no encuadre en el régimen de las escuelas de educación especial;

- c) Crear centros de valuación 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, docencia e investigación en materia de rehabilitación.

(Expresión 'Ministerio de Cultura y Educación' sustituida por la expresión 'Ministerio de Educación de la Nación' por art. 5 de la [Ley N° 25.635](#) B.O. 27/8/2002).

CAPÍTULO 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 20.475 y 20.888.

Art. 15. - Intercálase en el artículo 9° de la ley 22.269, como tercer párrafo, el siguiente:

Inclúyase 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 artículo 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. - Modifícase la ley 18.037 (t.o. 1976). en la forma que a continuación se indica:

1. Agrégase al artículo 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 artículo 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 artículo 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. 18. - Intercálase en el artículo 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 artículo 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. 19. - En materia de jubilaciones y pensiones, la discapacidad se acreditará con arreglo a lo dispuesto en los artículos 33 y 35 de la ley 18.037 (t.o. 1976) y 23 de la ley 18.038 (t.o. 1980).

CAPITULO IV (*Capítulo IV y sus artículos componentes 20 21 y 22, sustituidos por art. 1 de la [Ley N° 24.314](#) B.O. 12/4/1994*)

ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO

Art. 20 -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. Entiéndase 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 por 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 resaltos 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 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 desplazan en silla 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).

(Capítulo IV y sus artículos componentes 20, 21 y 22, sustituidos por art. 1 de la [Ley N° 24.314](#) B.O. 12/4/1994)

Artículo 21.-Entiéndase 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 tenderá por la observancia de los criterios contenidos en el presente artículo.

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

Entiéndese por practicabilidad la adaptación limitada a condiciones mínimas de los ámbitos básicos para ser utilizados por las personas con movilidad reducida.

Entiéndase por visibilidad 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.

(Capítulo IV y sus artículos componentes 20 21 y 22, sustituidos por art. 1 de la [Ley N° 24.314](#) B.O. 12/4/1994)

Artículo 22 -Entiéndase 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 aquellas 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:

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 la

ubicación de bastones, muletas, sillas de ruedas y otros elementos de utilización por 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 discapacidad en el trayecto que medie entre el domicilio de las mismas y cualquier destino al que deban concurrir por razones familiares, asistenciales, educacionales, laborales o de cualquier otra índole que tiendan a favorecer su plena integración social. 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. *(Párrafo sustituido por art. 1 de la [Ley N° 25.635](#) B.O. 27/8/2002)*

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

A efectos de promover y garantizar el uso de estas unidades especialmente adaptadas por parte de las personas con movilidad reducida, se establecerá un régimen de frecuencias diarias mínimas fijas. *(Párrafo incorporado por art. 1 de la [Ley N° 25.634](#) B.O. 27/8/2002)*

b) Estaciones de transportes: contemplarán un itinerario peatonal con las características señaladas en el artículo 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 pasaje 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 artículo 12 de la ley 19.279.

(Capítulo IV y sus artículos componentes 20 21 y 22, sustituidos por art. 1 de la [Ley N° 24.314](#) B.O. 12/4/1994)

Art.23. - 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 correspondientes al personal discapacitado en cada período fiscal.

El cómputo del porcentaje antes mencionado deberá hacerse al cierre de cada período. Se tendrán en cuenta las personas discapacitadas que realicen trabajo a domicilio.

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

(Artículo sustituido por art. 2 de la Ley N°23.021 B.O. 13/12/1983. Vigencia: aplicación para los ejercicios fiscales cerrados a partir del 31/12/1983.)

Art. 24. - La ley de presupuesto determinará anualmente el monto que se destinará para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 4°, inciso c) de la presente ley. La reglamentación determinará en qué jurisdicción presupuestaria se realizará la erogación.

Art. 25. - Sustitúyase en el texto de la ley 20.475 la expresión 'minusválidos' por 'discapacitados'.

Aclárese la citada ley 20.475, en el sentido de que a partir de la vigencia de la ley 21.451 no es aplicable el artículo 5° de aquélla, sino lo establecido en el artículo 49, punto 2 de la ley 18.037 (t.o, 1976).

Art. 26. - Deróguense las leyes 13.926, 20.881 y 20.923.

Art. 27. - 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 a esta ley, cada provincia establecerá los organismos que tendrán a su cargo en el ámbito provincial, las actividades previstas en los artículos 6°, 7° y 13 que anteceden. Determinarán también con relación a los organismos públicos y empresas provinciales, así como respecto a los bienes del dominio público o privado del estado provincial y de sus municipios, el alcance de las normas contenidas en los artículos 8° y 11 de la presente ley.

Asimismo, se invitará a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir y/o incorporar en sus respectivas normativas los contenidos de los artículos 20, 21 y 22 de la presente. *(Párrafo sustituido por art.2 de la [Ley N° 25.635](#) B.O. 27/8/2002)*

Art. 28. - El Poder Ejecutivo nacional reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro del ciento ochenta (180) días de su promulgación.

Las prioridades y plazos de las adecuaciones establecidas en los artículos 20 y 21 relativas a barreras urbanas y en edificios de uso público serán determinadas por la reglamentación, pero su ejecución total 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 artículo 21 apartado b), su reglamentación y las respectivas disposiciones municipales en la materia.

Las adecuaciones establecidas en el transporte público por el artículo 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.

(Últimos tres párrafos incorporados al final por art. 2° de la [Ley N° 24.314](#) B.O. 12/4/1994)

Art. 29. - Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

VIDELA. José A. Martínez de Hoz. - Jorge A. Fraga. - Albano E. Harguindeguy. - Juan Rafael Llerena Amadeo. - Llamil Reston.

Antecedentes Normativos

- Artículo 3° sustituido por art. 1° de la [Ley N° 25.504](#) B.O. 13/12/2001;

- Artículo 3°, Expresión 'Secretaría de Estado de Salud Pública', sustituida por la expresión 'Ministerio de Salud de la Nación' por art. 3 de la [Ley N° 25.635](#) B.O. 27/8/2002;

- Artículo 8°, Expresión 'Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires', derogada por art. 6 de la [Ley N° 25.635](#) B.O. 27/8/2002;

- Artículo 27, párrafo incorporado al final por art. 3° de la [Ley N° 24.314](#) B.O. 12/4/1994;

- Artículo 20, último párrafo incorporado por art.1 de la Ley 23.876 B.O. 1/11/1990;

